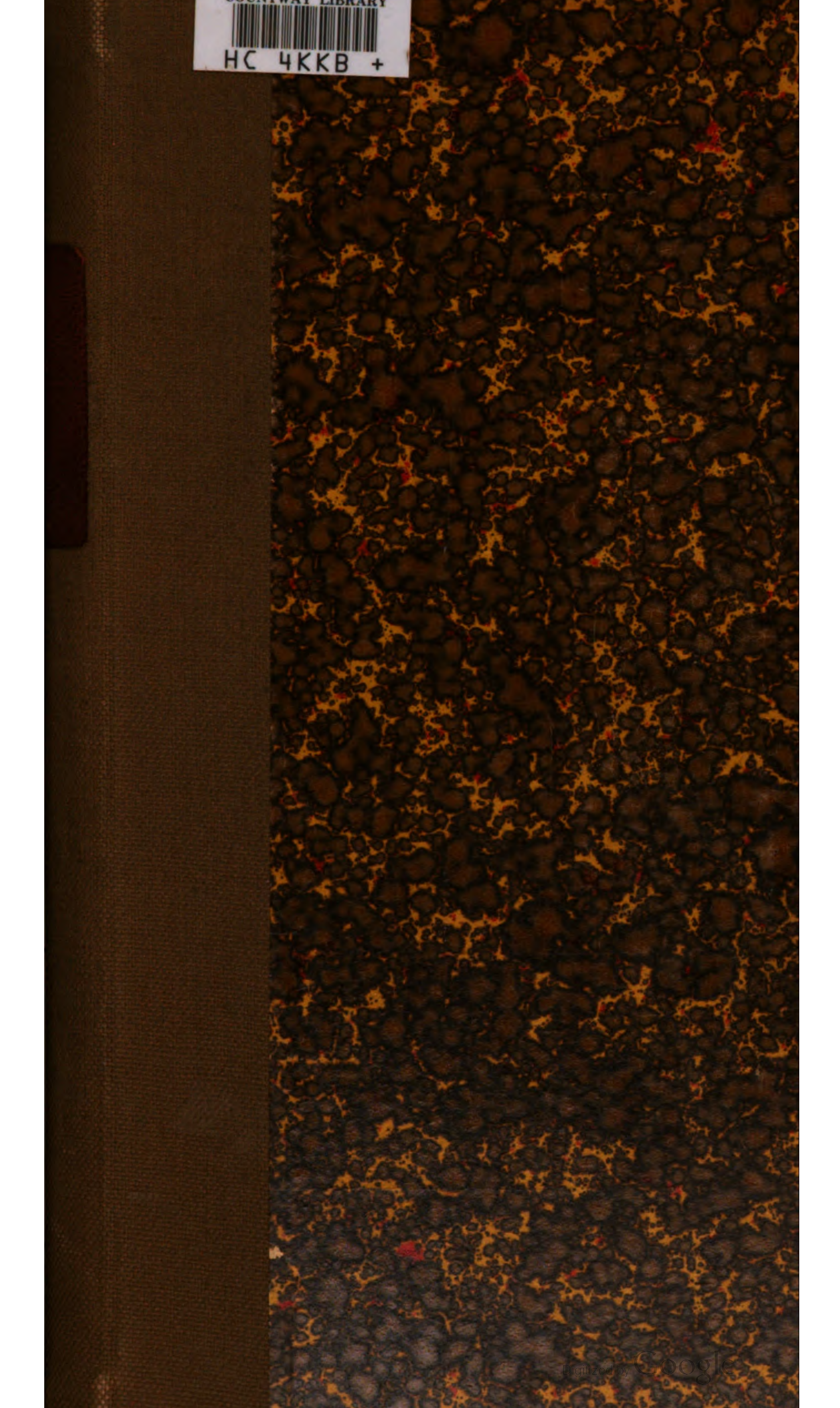

COUNTWAY LIBRARY
HC 4KKB +


ACCESSIONS.
SHELF NO.
3493.2
V. 4
SIGILLUM PATRIBUS SIT DEUS NOBIS
CIVITATIS REGIMINE DONATA A.D. 1822.
BOSTONIA CONDITA A.D. 1630.
NATH. BOWDITCH. OB. MAR. XVI. MDCCCXXXVIII
BOSTON PUBLIC LIBRARY
FROM THE
Bowditch Fund.
Rec'd

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN

TOME QUATRIÈME.

Ouvrages qui se trouvent chez les mêmes Libraires.

Œuvres complètes d'Hippocrate, traduction nouvelle, avec le texte grec en regard, collationné sur les manuscrits et toutes les éditions ; accompagnée d'une introduction, de commentaires médicaux, de variantes et de notes philologiques, suivie d'une table générale des matières, par E. Littré, membre de l'Institut de France. Paris, 1839-1853. — 9 forts vol. in-8 de 700 pages chacun. Prix de chaque vol. 10 fr.
Il a été tiré quelques exemplaires sur jésus-vélin. Prix de chaque volume. 20 fr.

Traité d'anatomie Pathologique générale, par J. Cruveilhier, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1849, t. I, in-8 de 700 p. 8 fr.
Tome II. Paris, 1852, 1 vol. in-8 de 920 pages. 9 fr.
Le tome III est sous presse.

Traité de Nosographie médicale, par J. Bouillaud, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité. Paris, 1846, 5 vol. in-8 de chacun 700 pages. 35 fr.

Clinique médicale de l'hôpital de la Charité, ou Exposition statistique des diverses maladies traitées à la Clinique de cet hôpital, par J. Bouillaud, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de la Charité. Paris, 1837, 3 vol. in-8. 21 fr.

Traité clinique des maladies du Cœur, précédé de recherches nouvelles sur l'anatomie et la physiologie de cet organe, par J. Bouillaud. *Deuxième édition considérablement augmentée*. Paris, 1841, 2 forts vol. in-8, avec 8 pl. gravées. 16 fr.
Ouvrage auquel l'Institut de France a accordé le grand prix de médecine.

Traité clinique du Rhumatisme articulaire, et de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec cette maladie, par J. Bouillaud. Paris, 1840, in-8. 7 fr. 50
Ouvrage servant de complément au Traité des maladies du cœur.

Essai sur la Philosophie médicale et sur les généralités de la clinique médicale, précédé d'un Résumé philosophique des principaux progrès de la médecine et suivi d'un parallèle des résultats de la formule des saignées coup sur coup avec ceux de l'ancienne méthode dans le traitement des phlegmasies aiguës, par J. Bouillaud. Paris, 1837, in-8. 6 fr.

Traité d'hygiène publique et privée, par le docteur Michel Lévy, ancien médecin en chef de l'hôpital militaire de perfectionnement du Val-de-Grâce, membre de l'Académie impériale de médecine. *Deuxième édition*, revue et augmentée. Paris, 1850, 2 vol. in-8. Ensemble 1500 pages. 15 fr.

Dictionnaire universel de Matière médicale et de thérapeutique générale, contenant l'indication, la description et l'emploi de tous les médicaments connus dans les diverses parties du globe, par F.-V. Mérat et A.-J. Delens, membres de l'Académie nationale de médecine, ouvrage complet avec *Supplément*. Paris, 1829-1846, 7 forts vol. in-8. 36 fr.

Traité des maladies des Organes génito-urinaires, par le docteur Civiale, membre de l'Institut, de l'Académie nationale de médecine, nouvelle édition augmentée. Paris, 1850-1851, 3 vol. in-8 avec figures. 24 fr.
Cet ouvrage, le plus pratique et le plus complet sur la matière, est ainsi divisé : Tome I, maladies de l'urètre ; Tome II, maladies du col de la vessie et de la prostate ; Tome III, maladies du corps de la vessie.

Traité pratique et historique de la Lithotritie, par le docteur Civiale. Paris, 1847, 1 vol. in-8 de 600 pages avec planches. 8 fr.

Parallèle des divers moyens de traiter les Calculeux, contenant l'examen comparatif de la lithotritie et de la cystotomie, sous le rapport de leurs divers procédés, de leurs modes d'application, de leurs avantages ou inconvénients respectifs, par le docteur Civiale. Paris, 1836, in-8, figures. 8 fr.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN

OU

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

DE PATHOLOGIE INTERNE

ET DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉES,

PAR

F.-L.-I. VALLEIX, X.21

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ,
Membre titulaire de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique,
Membre de la Société médicale des hôpitaux, de la Société
physico-médicale d'Erlangen, etc.

Troisième édition, revue, corrigée et augmentée.

TOME QUATRIÈME.

MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES. — MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX.

A PARIS,
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
RUE HAUTEFEUILLE, 19.
A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT STREET.
A NEW-YORK, CHEZ H. BAILLIÈRE, 290, BROADWAY.
A MADRID, CHEZ C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.
1853

J. Ingersoll Bowditch
Dec. 18 1852
5 a/h

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN.

LIVRE CINQUIÈME.

Maladies des voies génito-urinaires (SUITE).

SECTION DEUXIÈME.

MALADIES DES FEMMES.

Nous voici parvenu à un ordre de maladies sur lesquelles on a beaucoup écrit, et qui cependant sont encore le sujet des plus fréquentes discussions, parce que les auteurs ont plus ou moins négligé la méthode rigoureuse qui conduit seule aux résultats positifs. Nous allons rencontrer bien des difficultés, et nous nous verrons obligé de reculer devant un bon nombre de questions insolubles, car nous manquerons des documents indispensables pour les résoudre; mais ce sera encore un avantage de pouvoir, tout en constatant ce qui est bien réellement acquis à la science, signaler ce qu'elle désire encore. Peut-être quelque observateur comprendra-t-il, en mesurant l'étendue des lacunes qui existent dans cette partie de la pathologie, l'honneur qu'il y aurait à les combler par des recherches exactes et rigoureuses.

Ce n'est pas que des travaux entrepris depuis que l'observation est plus généralement faite avec le soin nécessaire, ne soient venus jeter de vives lumières sur ce sujet obscur. L'application seule du spéculum, qui permet d'examiner avec facilité des parties qu'on n'avait guère explorées jusqu'à ces dernières années que par le toucher, devait inévitablement nous conduire à des découvertes importantes; mais, d'un autre côté, cette application a eu l'inconvénient de fixer presque exclusivement l'attention des médecins sur ce qu'ils voyaient, et de la détourner fréquemment de l'étude de la marche de l'affection, de son étiologie, etc. Dans le cours des descriptions suivantes, il me sera facile de fournir la preuve de ce que j'avance.

Voici la division fort simple que j'adopterai dans cette section: 1° Je dirai quelques mots des *maladies de la vulve;* 2° je passerai aux *affections du vagin;* 3° je ferai ensuite l'histoire de la *leucorrhée*, dont le siége ne saurait être exclu-

sivement placé ni dans le vagin ni dans l'utérus, et qui nous servira de transition entre les maladies de ces organes; 4° viendront après les *maladies de l'utérus, des ligaments larges et des tissus environnants;* 5° puis celles des *ovaires;* 6° enfin, les *abcès de la fosse iliaque*, affection dont les rapports avec certaines lésions des organes génitaux ont à peine besoin d'être mentionnés.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES DE LA VULVE.

Bien que les maladies de la vulve soient accessibles à l'exploration directe, on peut dire qu'elles sont plus imparfaitement connues que beaucoup de maladies internes; ce qui tient sans aucun doute à la négligence avec laquelle on les a étudiées.

Je ne m'occuperai que de la *vulvite simple*, de la *vulvite folliculeuse*, de la *folliculite vulvaire*, de la *vulvite pseudo-membraneuse*, de la *gangrène*, de la *névralgie* et du *prurit de la vulve*. Ces affections sont, en effet, les seules qui doivent trouver place dans le cadre que je me suis tracé.

ARTICLE Ier.

VULVITE SIMPLE.

On ne trouve nulle part une description de la vulvite simple. Cela tient à ce qu'on n'a guère considéré cette maladie que comme faisant partie de la *blennorrhagie*. Il est certain que c'est à la suite de cette affection spéciale qu'elle se montre le plus fréquemment; cependant il n'est pas douteux que l'inflammation de la vulve ne puisse aussi se produire en dehors de toute cause vénérienne; et, n'y eût-il que la vulvite qu'on observe chez les enfants, le fait serait parfaitement prouvé. Il importe donc d'en dire quelques mots.

Causes. C'est, comme je viens de le dire, *chez les petites filles* que se montre particulièrement la vulvite dont il s'agit. Cependant, ainsi que l'ont fait remarquer les auteurs qui se sont occupés particulièrement des maladies des enfants, il n'est pas commun de voir la maladie se développer spontanément chez des sujets parfaitement sains. Elle se produit ordinairement chez des enfants *détériorés par des maladies antérieures, lymphatiques, scrofuleux.* Il est fort rare de la voir apparaître de cette manière après les premières années de la vie.

Que les sujets soient sains ou dans un état valétudinaire, il faut ordinairement une cause excitante pour produire la maladie. C'est souvent la *malpropreté* chez les enfants; et, dans toutes les conditions, ce sont les *diverses excitations* de la vulve, parmi lesquelles il faut placer en première ligne la *masturbation* et les *violences exercées par des hommes* sur des filles très jeunes. Nous avons vu, en parlant des *oxyures* du rectum, que ces petits vers peuvent occasionner un prurit très désagréable, non seulement de l'anus, mais encore de la vulve, soit qu'ils se portent dans cette dernière partie, soit qu'ils restent dans le rectum. Il en résulte que les petites filles portent sans cesse leur main à la vulve, qu'elles irritent

cette partie par des frottements répétés, et de là une inflammation plus ou moins vive.

On observe assez fréquemment un écoulement abondant de la vulve chez les filles nouvellement nées. Ce qui paraît particulièrement produire cet écoulement qui s'accompagne assez souvent de tuméfaction et de rougeur, ce sont les manœuvres de l'accouchement, et peut-être le contact des matières sécrétées par le vagin de la mère. Le fait est surtout évident lorsque les enfants se sont présentés par le siége.

Symptômes. — 1° *Vulvite simple aiguë.* Rien n'est plus simple que les symptômes de la vulvite simple aiguë. Un sentiment de *chaleur*, avec *cuisson* plus ou moins vive et *tuméfaction* plus ou moins considérable de la vulve qui offre quelquefois un aspect fongueux, et bientôt après un écoulement d'abord limpide, puis épais, blanc ou jaunâtre, d'une abondance variable, voilà ce que l'on observe dans tous les cas. Le contact de l'urine augmente la douleur lorsque l'inflammation est un peu vive, et dans le même cas, *la marche est difficile* ou presque impossible. On voit, au reste, que, sous ce rapport, il n'y a pas de différence essentielle entre la vulvite simple et la blennorrhagie.

Cette inflammation peut-elle se communiquer par le contact? C'est ce que pensent plusieurs auteurs, mais ce qui n'est pas démontré.

Cette affection ne détermine pas par elle-même des *symptômes généraux*; c'est un mal purement local.

2° *Vulvite simple chronique.* C'est sous cette forme qu'elle se présente souvent chez les enfants profondément débilités. Elle succède à la précédente lorsque des excitations continuelles l'ont entretenue pendant longtemps. Elle ne diffère de la vulvite aiguë que par l'absence complète ou presque complète de la douleur, de la tuméfaction, et parfois de la rougeur. L'écoulement qu'elle produit est aussi moins épais dans les cas ordinaires.

Marche; durée; terminaison. — La *marche* de la maladie est très aiguë lorsqu'une violence brusque a été exercée sur la vulve. S'il s'agit d'une excitation répétée, comme la masturbation, ce n'est qu'au bout d'un certain temps que les symptômes prennent un assez haut degré d'intensité. Nous avons vu plus haut que la vulvite simple, qui survient secondairement chez les sujets maladifs, a ordinairement une marche chronique.

La *durée* de cette affection est par conséquent très variable. Suivant M. Durand-Fardel, cette affection, lorsqu'elle est due à une violence brutale, se fait remarquer par la promptitude avec laquelle elle se guérit. Le fait doit être admis d'une manière générale; cependant j'ai vu, à l'hôpital de Lourcine, un certain nombre de petites filles qui avaient subi de semblables violences, sans que rien pût faire penser qu'il y avait contagion, et chez lesquelles l'écoulement se prolongeait beaucoup, et résistait aux moyens qui, d'après tous les auteurs, en triomphent facilement. Peut-être, malgré la surveillance, la masturbation entretenait-elle le mal. Ce qu'il y a de certain, néanmoins, c'est que la vulvite aiguë peut, dans quelques cas, durer, avec tous ses caractères, un et deux mois sans qu'il soit possible de découvrir la cause de cette durée insolite.

La vulvite aiguë a une *terminaison* promptement favorable dans la grande majorité des cas. On vient de voir qu'il y a des exceptions à cette règle. La vulvite

chronique, et surtout celle qui est la conséquence d'une débilitation considérable, a souvent de la tendance à se perpétuer, bien qu'on éloigne la cause occasionnelle qui a pu la produire, et qu'on emploie les moyens reconnus pour les plus efficaces.

Diagnostic. Il est évident que le diagnostic de l'inflammation de la vulve, considéré d'une manière générale, ne peut présenter aucune difficulté. Pour la vulvite aiguë, la rougeur, la tuméfaction, la douleur et l'écoulement forment un ensemble de symptômes qui ne peut se rapporter qu'à cette maladie ; et pour la vulvite chronique, un écoulement avec un certain degré d'irritation, bornés à la vulve, sont des caractères suffisants.

Il n'est qu'un seul point sur lequel il soit nécessaire de dire quelques mots ; mais ce point a une grande importance et présente de grandes difficultés. Est-il possible de décider, d'après les symptômes et la marche de la maladie, si la vulvite due à une violence extérieure, la vulvite *traumatique*, suivant l'expression de M. Durand-Fardel, peut être distinguée de la *vulvite spontanée?* C'est principalement chez les jeunes filles, qui n'ont pas atteint l'âge de quinze ans, que l'on est appelé à se prononcer sur la nature de l'affection, parce que la disproportion des organes rend chez elle les résultats de la violence beaucoup plus graves, et qu'il en résulte une vulvite ordinairement intense. Les cas de ce genre ne se présentent que trop fréquemment à l'observation, et les médecins légistes savent combien leur mission devient délicate en pareil cas.

M. Durand-Fardel (1) s'est attaché plus qu'aucun autre auteur à résoudre cette question importante, et voici un résumé de ce qu'il dit à ce sujet. D'après ses observations : 1° la vulvite due à la violence est bornée à la vulve et au méat ou au canal de l'urètre, tandis qu'il est extrêmement rare que l'on observe cette circonscription dans la vulvite spontanée ; 2° la vulvite traumatique présente une rougeur plus vive de la muqueuse, et un état d'éréthisme des petites lèvres plus marqué que la vulvite spontanée, qui est ordinairement chronique, ainsi que nous l'avons vu plus haut, et sous la dépendance d'une détérioration plus ou moins marquée de l'organisme ; 3° la première cède à des moyens très simples avec beaucoup plus de facilité et de promptitude que la seconde à des moyens plus actifs ; 4° enfin le début récent de l'affection, rapproché d'autres circonstances, peut mettre sur la voie du diagnostic.

Les signes distinctifs donnés par M. Durand-Fardel, auxquels il sera bon d'en joindre d'autres tirés d'un interrogatoire attentif sur les diverses causes précédemment indiquées, ont une valeur réelle, et assurément il n'est pas de médecin légiste qui n'en tienne un grand compte. Néanmoins, et l'auteur que je cite le reconnaît lui-même, ce ne sont pas là des certitudes, et, à moins que d'autres observations ne viennent jeter un nouveau jour sur cette question obscure, une enquête rigoureuse sur ce qui s'est passé sera toujours nécessaire pour permettre de porter un diagnostic précis qui, du reste, sous le rapport pratique, n'a pas une aussi grande importance.

Pronostic. L'affection dont il s'agit est très peu grave lorsqu'elle survient à la suite d'une violence extérieure, d'une excitation quelconque, chez un sujet bien

(1) *Mém. sur la blenn. chez la femme*, etc. (*Journ. des conn. méd.-chir.*, juillet 1840).

portant. Dans le cas contraire, c'est-à-dire lorsque, soit sous l'influence de ces causes, soit spontanément, la vulvite se manifeste chez des enfants débilités par des maladies antérieures ou actuellement malades, l'affection est plus sérieuse, d'abord parce qu'il est beaucoup plus difficile d'en triompher, et ensuite parce que l'écoulement continuel qui en résulte contribue encore à augmenter la débilitation, et occasionne des troubles des organes digestifs.

Traitement. Le traitement de la *vulvite simple aiguë* ne présente rien de particulier ; ce serait, par conséquent, retomber dans des redites inutiles que de présenter de nouveaux détails à ce sujet. Disons seulement que cette affection cède ordinairement beaucoup plus promptement que la vulvite blennorrhagique aux *simples émollients*, et dans les cas les plus graves aux *lotions légèrement astringentes*. Dans quelques cas néanmoins, il faut recourir aux *lotions cathérétiques*, et, comme je l'ai dit plus haut, ces cas peuvent être assez rebelles. Ainsi on aura recours à la *cautérisation* légère avec le nitrate d'argent, et aux *lotions* avec une faible solution de cette substance, à peu près comme dans la vulvite chronique.

La *vulvite chronique*, et surtout celle qui est sous la dépendance d'une débilitation marquée de l'organisme, d'un état lymphatique, scrofuleux, exige quelques autres moyens. Ainsi, localement, on aura recours tout d'abord aux *lotions astringentes* ou *cathérétiques* (*nitrate d'argent* dissous dans l'eau, à la dose de 0,05 à 0,10 grammes par 60 grammes de liquide) ; puis, s'il s'agit d'un appauvrissement du sang résultant d'une convalescence difficile, de la misère, etc., on prescrira les *toniques*, les *analeptiques*, comme dans la blennorrhée qui se montre dans les mêmes conditions; et si le sujet est scrofuleux, on aura recours aux moyens indiqués à l'article *Scrofules* (1).

On comprendra facilement pourquoi je passe si rapidement sur cette maladie, dont l'histoire demande de nouvelles recherches.

ARTICLE II.

VULVITE FOLLICULEUSE.

§ I. — Définition.

Déjà Graaf (2) avait indiqué la possibilité de l'inflammation isolée des follicules qui entourent l'entrée du vagin, lorsqu'un certain nombre de cas qui se sont présentés à M. A. Robert (3) ont permis à ce chirurgien de tracer une histoire détaillée de cette affection. Voici ce qui résulte de ses recherches.

§ II. — Causes.

C'est presque toujours à la suite d'une *blennorrhagie* que se manifeste l'inflammation des follicules muqueux de la vulve, du moins c'est dans ces circonstances que M. Robert l'a observée ; mais on conçoit que *toute autre inflammation* puisse envahir ces lacunes, et donner lieu aux symptômes qui vont être

(1) Voy. les art. *Scrofules et carreau*, t. II et III.
(2) *De mulier. org. gener. inserv.*
(3) *Mém. sur l'infl. des follicules muqueux de la vulve* (*Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1841, t. XI, p. 393).

décrits. M. Robert a cité deux faits dans lesquels on voit l'inflammation survenir après la *grossesse.*

§ III. — Symptômes.

L'inflammation des autres parties soit de la vulve, soit du vagin, est dissipée ou très considérablement amendée lorsque celle des follicules se fait remarquer par les signes qui lui sont propres. M. Robert explique facilement la persistance de cette dernière par la disposition des parties enflammées. On comprend, en effet, sans peine, que des cavités à orifice étroit présentent une inflammation plus rebelle que les autres points de la muqueuse, puisque les moyens dirigés contre elle atteignent difficilement le siége du mal.

Les malades éprouvent, dans le point occupé par l'inflammation, un *prurit* parfois insupportable, ou bien des *élancements douloureux*, ou enfin l'un et l'autre de ces symptômes. C'est surtout pendant la marche qu'ils se font sentir.

Il y a toujours de l'*écoulement*. La *matière* de cet écoulement est peu abondante; blanche et opaline lorsque la maladie est ancienne ; jaunâtre, épaisse, puriforme lorsque la maladie est récente. Dans quelques cas, l'écoulement est plus abondant. Cela tient à la dilatation de la cavité folliculeuse qui augmente la surface sécrétante. L'écoulement n'est pas continu, du moins dans la très grande majorité des cas. A des intervalles variables, une, deux fois ou plus par jour, la matière s'échappe en plus ou moins grande abondance, ce qui s'explique facilement par l'étroitesse de l'orifice, qui détermine l'accumulation du liquide dans la cavité du follicule, de telle sorte que celui-ci n'est évacué que lorsque la distension de cette cavité est parvenue à sa dernière limite. Dans les deux cas survenus après la grossesse, c'était pendant la nuit que se vidaient les petites tumeurs, et Swédiaur a cité un cas de prétendues pollutions nocturnes fréquentes chez une femme, que M. Robert est porté à rapprocher des faits précédents, ainsi que celui qu'il a observé lui-même. L'évacuation du pus contenu dans un ou plusieurs follicules aurait, dans ces cas, simulé les pollutions spermatiques de l'homme.

Quelquefois il est nécessaire d'exercer une pression sur les tumeurs pour les vider. M. Robert a cité des exemples de ce genre. Les femmes, prévenues par la douleur, cherchaient elles-mêmes à se soulager en pressant sur la poche purulente pour en faire sortir le liquide.

L'*examen* attentif de l'orifice du vagin fait voir, dans le sillon qui limite en dehors les caroncules myrtiformes, une ou plusieurs ouvertures très petites, arrondies, grisâtres, entourées d'une aréole rouge, contrastant avec la couleur rosée des parties voisines. Parfois ces aréoles se confondent et forment ainsi une zone d'un rouge vif, plus ou moins étendue autour de l'entrée du vagin et de celle de l'urètre. Ces petites ouvertures sont situées sur de petites élévations dont le volume varie suivant que les follicules sont plus ou moins distendus par le pus. Quelques unes sont parfois assez saillantes, ce qui est dû à la fois à la distension de la cavité et à l'hypertrophie des parois. C'est surtout pendant et après la grossesse que M. Robert a vu les saillies du plus gros volume.

Mais c'est *en explorant les points malades à l'aide d'un stylet d'Anel* qu'on obtient le signe le plus important. Ce stylet pénètre, en effet, à une assez grande

profondeur par l'orifice indiqué plus haut. C'est ainsi que, dans plusieurs cas, M. Robert a pu le faire pénétrer jusqu'à une profondeur de cinq à six lignes.

Enfin, *lorsqu'on presse sur les follicules*, on voit s'écouler au dehors une quantité variable de matière ayant l'aspect indiqué plus haut, ce qui achève de caractériser la maladie.

L'affection est purement locale ; aussi n'observe-t-on pas d'autres symptômes que ceux qui viennent d'être indiqués. Les malades sont souvent irrités par la persistance de leur maladie, par la douleur qu'elles éprouvent ; mais la santé générale n'en est pas altérée, à moins de complications.

M. Robert a remarqué que, dans presque tous les cas, on trouve des ulcérations, des érosions, des granulations de l'utérus ; mais il est évident que ces lésions, qui sont dues, comme l'inflammation des follicules, à la maladie primitive, la blennorrhagie, n'ont pas d'autre rapport avec la vulvite folliculeuse.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

L'inflammation des follicules se produit très rapidement dans le cours de la blennorrhagie ; mais, dans le plus grand nombre des cas, elle est peu intense, ne pénètre probablement pas à une grande profondeur, et se dissipe avec l'inflammation des autres parties des organes génitaux. Dans les circonstances opposées, l'inflammation persiste, elle reste stationnaire, et la maladie dont nous nous occupons est déclarée.

La durée de cette maladie est illimitée ; les sujets ne réclament ordinairement des soins qu'après en avoir souffert pendant longtemps. M. Robert a traité des malades qui en étaient affectées depuis quinze mois.

D'après les faits connus, la *vulvite folliculeuse*, lorsqu'elle est parvenue au degré dont il s'agit, n'a plus aucune tendance à se *terminer* spontanément ; les follicules vidés se remplissent bientôt de nouveau pus ou muco-pus, et ainsi de suite, sans autre amélioration ordinairement qu'une diminution progressive dans la consistance et la couleur jaune de l'écoulement.

§ V. — Diagnostic.

Les signes indiqués plus haut sont trop précis pour que le diagnostic présente la moindre difficulté. Cependant il est une affection analogue sur laquelle M. Vidal, de Cassis (1), a spécialement fixé l'attention des chirurgiens : c'est un abcès des grandes ou des petites lèvres qui s'ouvre spontanément, et dont l'orifice devient fistuleux. Les choses se passent dans ces cavités accidentelles comme dans les cavités naturelles dilatées et enflammées qui entourent l'orifice du vagin ; mais, le siége étant différent, il n'y aurait pas lieu de parler de ce diagnostic, si quelques chirurgiens n'avaient pensé que peut-être l'inflammation, placée par M. Robert dans les follicules, n'est autre chose qu'un de ces abcès signalés par M. Vidal. C'est une question que je ne peux pas résoudre d'une manière absolue ; cependant je dirai que les détails anatomiques fournis par M. Robert sont trop précis pour qu'on puisse supposer que la maladie qu'il a décrite ait son siége ailleurs que dans les follicules dont il s'agit. Le mémoire de M. Huguier (2) *sur les maladies de la*

(1) Voy. *Traité de pathologie externe*, 3ᵉ édit. Paris, 1851, t. V, p. 289.
(2) *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1850, t. XV, p. 606 et suiv.

glande vulvo-vaginale fournira aussi de bons renseignements sur ce sujet.

M. Robert, remarquant que le *prurit* de la vulve est parfois très marqué dans l'inflammation des follicules, s'est demandé si, dans quelques cas, ce n'est pas à cette inflammation même qu'il faut rapporter le prurit observé sans lésions reconnues et qui a été signalé par les auteurs. Il croit qu'on peut, en particulier, rattacher à cette affection certains cas regardés par Biett comme des *prurigo* de la vulve, quoique aucune éruption ne se montrât, et il est d'autant plus porté à le faire que, dans plusieurs observations citées, les moyens dirigés contre ces prétendus prurigo ont complétement échoué.

Il est à peine nécessaire de dire que cette maladie n'a aucune gravité ; et nous allons voir qu'elle a toujours cédé à un traitement approprié.

§ VI. — Traitement.

Le traitement de la vulvite folliculeuse est tout chirurgical. Voici comment il est exposé par M. Robert :

« L'expérience m'a démontré, dit cet auteur, qu'il ne faut pas compter sur les applications extérieures, et que le seul moyen efficace consiste à détruire les organes affectés. Un stylet d'Anel, des ciseaux très fins et boutonnés, un crayon de nitrate d'argent sont les objets nécessaires pour cette petite opération.

» La malade étant convenablement placée, on introduit d'abord un stylet d'Anel dans la cavité du follicule qu'on reconnaît à sa direction oblique, à sa position superficielle et à sa profondeur, qui varie entre quatre et huit lignes, puis on en dilate l'entrée en exécutant avec l'instrument de légers mouvements de circumduction. Une des lames des ciseaux étant substituée au stylet, on la fait parvenir avec précaution jusqu'au fond du follicule, et, par un mouvement brusque, on divise la cloison membraneuse et mince qui sépare sa cavité de celle du vagin. La plaie étant tout de suite abstergée, on la cautérise, ainsi que la surface du follicule, avec le crayon de nitrate d'argent.

» Cette opération, quoique douloureuse, ne provoque aucun accident sérieux. Il survient un peu de gonflement inflammatoire, les surfaces cautérisées suppurent et se cicatrisent assez promptement ; mais souvent on voit persister quelques débris du follicule qui ont échappé, soit aux investigations du chirurgien, soit à l'action de l'instrument tranchant et du caustique. Il faut les atteindre et les cautériser plus tard. La guérison ne saurait être complète si le follicule n'est entièrement détruit. »

Telle est cette affection, que j'ai cru devoir présenter avec quelques détails, bien qu'elle appartienne plus particulièrement à la chirurgie qu'à la pathologie interne, parce qu'elle n'est pas très connue ; parce que, si l'attention du médecin n'est pas suffisamment attirée sur elle, il peut, pendant bien longtemps, la laisser persister malgré les incommodités qu'elle cause, et surtout parce que ces follicules malades, s'ils ne sont pas détruits, peuvent être des foyers permanents de contagion. Il est plus que probable, en effet, que dans un assez bon nombre de cas, des femmes qui ont communiqué des blennorrhagies ont été regardées comme saines, tandis qu'elles avaient l'affection qui vient d'être décrite, et qui avait passé inaperçue.

Quant à l'hypertrophie des *follicules vulvaires*, et aux *maladies de la glande*

vulvo-vaginale, elles rentrent entièrement dans le domaine de la chirurgie, et je ne puis mieux faire que de renvoyer, à ce sujet, le lecteur au mémoire de M. Huguier, que j'ai cité plus haut.

ARTICLE III.

FOLLICULITE VULVAIRE.

§ I. — Définition.

M. le docteur Huguier (1), qui a étudié avec une attention toute particulière les maladies des organes génitaux internes de la femme, a désigné sous le nom de *folliculite vulvaire* une affection qu'il ne faut pas confondre avec la précédente, car elle ne porte plus sur les follicules muqueux de la vulve, mais bien sur les follicules sébacés et pileux. Cette maladie n'est autre chose que l'inflammation de ces follicules; elle mérite d'être connue, parce que, comme le fait remarquer M. Huguier, si l'on ne sait pas bien la distinguer, on risque de la confondre avec la syphilis, confusion dont je n'ai pas besoin de signaler la gravité. Il importe donc d'en donner une courte description d'après l'auteur que je viens de citer.

§ II. — Causes.

Les *femmes brunes*, *rousses*, *lymphatiques*, *scrofuleuses* sont les plus sujettes à cette maladie, qui se montre tout particulièrement pendant la *grossesse*.

Parmi les causes occasionnelles, nous trouvons les *grandes fatigues*, la *malpropreté*, les *pediculi pubis* qui produisent la maladie par les frottements qu'ils provoquent. Il faut aussi noter tout ce qui irrite la vulve : ainsi les frictions avec des pommades irritantes et les diverses éruptions dont cette partie peut être le siége.

§ III. — Symptômes.

M. Huguier décrit trois périodes. *Dans la première*, il y a *prurit*, un peu de *tuméfaction*, *rougeur* légère, *petites élevures* d'un rouge plus vif, disséminées, nombreuses, arrondies ou étoilées, pénétrant dans l'épaisseur de la peau, où l'on sent leur résistance, rendant les surfaces rugueuses et occupant les follicules sébacés, ou les bulbes pilifères. Elles ne sont douloureuses que quand on les irrite par des frottements, ou lorsqu'il y a une agglomération de follicules enflammés, et dans ce dernier cas, la douleur ne se manifeste que quand on touche la partie malade.

Il y a en même temps une *augmentation de sécrétion* et une odeur forte du fluide sécrété.

Dans la *seconde période*, les follicules suppurent, augmentent de volume, et forment des boutons plus rouges à la base qu'à la pointe. Un peu plus tard, le sommet blanchit, et le bouton folliculeux prend l'aspect d'une pustule.

La chaleur, la démangeaison, la douleur augmentent. Ordinairement, les pustules sont déchirées par les ongles ou par des frottements; le pus s'écoule au dehors, et le follicule présente une petite ouverture de 1 à 2 millimètres.

Chez les femmes qui n'ont pas une grande propreté, la vulve a, dans ce moment,

(1) *Mém. sur les malad. des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme* (*Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1850, t. XV, p. 527).

un aspect repoussant. On y voit les poils collés par une matière poisseuse, grisâtre, un mélange de croûtes, de matière purulente, de débris de l'épiderme et de papilles érigées, des excoriations, un écoulement de pus qui peut être assez abondant pour aller jusque sur les cuisses ; et enfin ces parties exhalent l'odeur la plus fétide.

Dans la *troisième période*, à laquelle M. Huguier donne le nom de période de déclin ou de *dessiccation*, la muqueuse et la peau pâlissent ; il n'y a plus qu'une simple démangeaison, les follicules s'affaiblissent, il se forme de petites croûtes ; quelquefois la matière purulente se concrète dans les follicules et y entretient une inflammation subaiguë, qui parfois reprend de l'acuité ; d'autres fois les follicules se vident, l'inflammation tombe ; enfin les excoriations et les ulcérations se cicatrisent. Souvent cette affection se complique d'*érythème*, d'*ecthyma*, et plus rarement d'*œdème*, d'*herpès*, d'*érysipèle*, d'*abcès des nymphes*. Il existe assez fréquemment de la *leucorrhée* ou une *blennorrhagie syphilitique*.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

En exposant les symptômes dans leur ordre d'apparition, j'ai tracé la *marche* de la maladie. Sa durée est très variable, suivant les soins hygiéniques que prennent les malades. C'est principalement la *durée* de la *deuxième période* qui peut être prolongée par le défaut de soins et de propreté. Quant à la *terminaison* elle n'est jamais fâcheuse.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* est ordinairement possible pour quiconque a présent à l'esprit l'existence de cette maladie ; cependant il faut un grand degré d'attention pour ne pas la confondre avec d'autres affections cutanées, et principalement avec les maladies syphilitiques. L'*herpès* s'en distingue par ses vésicules ; l'*ecthyma*, par la largeur de ses pustules, par leur position plus superficielle, et aussi par l'existence de pustules semblables sur d'autres parties du corps.

Les *symptômes syphilitiques* se distinguent en ce qu'il est fort rare qu'ils soient bornés à la vulve, en ce que les ulcérations sont plus profondes et les tubercules plus étendus, enfin en ce qu'ils donnent souvent lieu à d'autres signes dans d'autres parties du corps. Malgré ces différences, M. Huguier reconnaît qu'il est des cas où la difficulté est extrême.

§ VI. — Traitement.

Le *traitement* est fort simple. On commence par rechercher si la maladie est produite par une irritation quelconque, qu'on fait promptement cesser.

Puis on recommande les soins de propreté : on fait laver fréquemment les parties avec des *décoctions adoucissantes* tièdes ou presque froides ; ou bien avec des décoctions légèrement *narcotiques*, comme les *décoctions de têtes de pavot*, *de laitue*, etc. On prescrit des *bains de siége* simples ou émollients. On fait oindre les parties avec du *beurre de cacao*, de l'*huile d'amandes douces*, etc.

Ces moyens, joints à un régime doux et au repos, triomphent ordinairement de la maladie. Quelquefois il faut y ajouter quelques *lotions astringentes* (*décoctions de ratanhia*, de *roses de Provins*, etc.).

Enfin, quand la maladie est plus opiniâtre, on *cautérise* légèrement les parties, soit avec une solution légère de *nitrate d'argent*, soit avec une solution étendue de *nitrate acide de mercure*, soit en promenant légèrement le *crayon de nitrate d'argent* sur les excoriations.

ARTICLE IV.

VULVITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.

Nous n'avons pas de renseignements très précis sur cette affection, qui n'a guère été étudiée que subsidiairement dans des articles consacrés à la diphthérite. M. Bretonneau l'a mentionnée et en a cité des exemples. Elle ne se montre guère que dans des cas où la diphthérite a envahi d'autres points du corps, et en particulier la bouche. On peut donc la considérer comme une affection secondaire, qui, par conséquent, n'a pas un très grand intérêt pour nous.

C'est presque toujours dans des épidémies de *stomatite pseudo-membraneuse* qu'on observe la diphthérite vulvaire. Elle affecte les *enfants*, et, lorsqu'elle se montre, on trouve souvent des pseudo-membranes dans plusieurs autres parties du corps, comme les oreilles, le nez, les surfaces des vésicatoires.

Il est rare qu'elle s'étende au delà de la vulve ; cependant elle peut occuper l'urètre et le vagin. « Je n'ai pas connaissance, dit M. Velpeau, qu'elle ait jamais pénétré jusque dans le col de l'utérus, ni que de la vulve elle ait gagné le rectum. »

Les symptômes sont la *douleur*, une *tuméfaction* qui n'est pas ordinairement considérable, l'apparition d'une pseudo-membrane semblable à celle qui envahit la bouche (1), et l'écoulement d'une matière sanieuse. « Arrivée à l'urètre, dit encore M. Velpeau, *elle pourrait* amener une *ischurie* véritable, et doit au moins causer des cuissons, des douleurs vives au moment de l'émission de l'urine. » Il résulte de cette citation que l'observation ne nous a pas éclairés suffisamment sur ce point.

Les *symptômes généraux* sont les mêmes que ceux de la stomatite pseudo-membraneuse, sous la dépendance de laquelle ils se développent ordinairement.

On pourrait confondre la vulvite pseudo-membraneuse avec la *vulvite gangréneuse*, dont je vais dire quelques mots dans l'article suivant. La manière dont se forme la pseudo-membrane, qui d'abord présente des îlots d'un blanc grisâtre s'étendant rapidement, la disproportion qui existe entre la gravité apparente du mal et la tuméfaction des parties, et plus encore la chute de lambeaux pseudo-membraneux, promptement remplacés par de nouvelles couches, servent à fixer le *diagnostic*.

Sous les autres rapports, cette affection ne nous offre rien qui diffère de ce que nous avons déjà fait connaître à propos de la diphthérite buccale.

Traitement. Je n'ai non plus rien à dire de particulier relativement au traitement. Les moyens mis en usage sont ceux qui ont été indiqués dans l'article consacré à la stomatite pseudo-membraneuse. On peut en juger par le passage suivant de l'article de M. Velpeau (2) qui résume ce qui a été fait en pareil cas :

(1) Voy. art. *Stomatite pseudo-membraneuse.*
(2) *Dict. de méd.*, t. XXX, p. 990.

« Pas plus, dit-il, que pour la diphthérite en général, les émissions sanguines, le régime affaiblissant, les topiques émollients ne conviennent ici. C'est en touchant les surfaces couenneuses avec de l'*alun en poudre*, avec une *forte solution de la même substance*, avec le *nitrate d'argent* en solution, ou même en nature, avec l'*acide hydrochlorique* plus ou moins étendu de miel, ou encore avec les *chlorures de sodium* ou de *calcium*, qu'on débarrasse promptement les malades. Du reste, une fois l'inflammation folliculaire arrêtée par l'effet de ces puissants moyens, on leur substitue avec avantage des *lotions émollientes* ou *détersives* et des *bains de siége.* »

ARTICLE V.

VULVITE GANGRÉNEUSE.

La gangrène de la vulve est à peu près dans le même cas que les affections précédentes, c'est-à-dire qu'elle n'a pas été ordinairement étudiée d'une manière spéciale. MM. Rilliet et Barthez (1) se contentent d'en dire quelques mots dans leur article sur la *gangrène de la peau spontanée et diffuse.* Le docteur Richter (2) en a également parlé dans un mémoire consacré aux diverses espèces de gangrène qui se montrent chez les enfants. Mais il n'a présenté que quelques considérations se rapportant exclusivement à la gangrène de la vulve, et que j'indiquerai tout à l'heure.

Causes. La gangrène de la vulve peut-elle se développer spontanément chez un sujet non détérioré par des maladies antérieures ou actuellement existantes? Telle est la première question qu'il importe de poser. Nous n'avons malheureusement pas de documents positifs propres à la résoudre : suivant M. Richter, le fait ne serait pas douteux; mais cet auteur se contente d'affirmer ce qu'il aurait fallu démontrer par des exemples. MM. Rilliet et Barthez n'ont jamais vu de faits de ce genre, et je n'en ai pas trouvé dans les autres auteurs qui se sont occupés des maladies de l'enfance.

Quoi qu'il en soit, c'est, du moins dans l'immense majorité des cas, chez des enfants faibles, détériorés, actuellement malades, que se montre cette gangrène. Les affections dans lesquelles on la voit apparaître sont les *fièvres éruptives :* variole, scarlatine, rougeole, surtout aux époques d'épidémie; la *fièvre typhoïde ;* puis les autres maladies caractérisées par un mouvement fébrile intense.

La gangrène de la vulve peut se montrer à toutes les époques de l'enfance; mais, suivant M. Richter, c'est de la deuxième à la troisième année, et de la sixième à la dixième qu'elle se manifeste principalement. Ces assertions auraient besoin d'être confirmées par de nouveaux faits.

Une *constitution* faible, le *tempérament lymphatique*, une *alimentation* mauvaise et insuffisante, une *habitation* froide, humide, mal aérée, ont encore été citées comme causes de la maladie. Rien n'est plus admissible; mais il serait à désirer que des faits nombreux et bien analysés vinssent lever tous les doutes à cet égard.

(1) *Traité des malad. des enfants*, t. I, p. 192 et suiv.
(2) *Sur la gangrène des enfants*, etc., dans le journal l'*Expérience*, t. II, 1838.

Enfin, comme *causes occasionnelles*, on a signalé le *défaut de propreté* et de soins de toute espèce.

Symptômes. Il serait impossible de trouver une description des symptômes plus détaillée que celle qu'a présentée M. Richter, et les observations nous manquent pour en tracer une autre d'après les faits. Je vais donc, à l'exemple de MM. Rilliet et Barthez, emprunter à ce médecin le passage suivant :

« Lorsqu'à la suite d'autres maladies, l'enfant est tombé dans un affaiblissement général, il se trouve pris, après un temps plus ou moins long, d'*abattement*, de *céphalalgie*, de *nausées*, d'*anorexie*, et, dans les cas où les enfants sont d'une constitution très délicate, même d'un léger *mouvement fébrile*. Ces accidents sont bientôt suivis d'une *douleur brûlante* aux parties génitales et de l'apparition, à la face interne des grandes lèvres et aux nymphes, d'une *tache* circonscrite et d'une couleur rouge pâle, ainsi que de la formation d'un *engorgement* très dur qui envahit toutes les parties voisines, jusqu'au mont de Vénus. L'*écoulement des urines* devient douloureux, et la douleur continuelle qui en résulte excite les malades à se gratter, et quelquefois celles d'entre elles qui sont plus âgées, à se livrer à la masturbation.

» Après deux ou trois jours, les parois internes des grandes lèvres et les tissus environnants prennent une *teinte grise, cendrée ;* ces taches sont circonscrites et limitées par un *cercle rouge ;* toutes les parties voisines se tuméfient, deviennent d'un rouge pâle, et leur température s'élève de plus en plus.

» Dans les cas où l'on ne parvient pas à enrayer la marche de la maladie, *la couleur grise des taches se change en noir*, et la gangrène s'étend d'un côté au périnée et à l'anus, et de l'autre jusqu'à la commissure supérieure de la vulve. L'excrétion de l'urine devient de plus en plus difficile, ou *se supprime* même entièrement.

» Le *pouls* est petit et fréquent ; les traits de la *face* se rétrécissent, la *diarrhée colliquative* se manifeste, et les enfants *succombent subitement* après que l'état d'épuisement a atteint son plus haut degré, et souvent *sans qu'aucun trouble survienne dans les fonctions intellectuelles*.

» Il s'établit quelquefois une sécrétion d'une *sanie putride* et *fétide* qui couvre les parties voisines ; dans d'autres cas, l'*escarre se durcit* et est arrachée par lambeaux par les malades.

» Mais quand on réussit à arrêter la destruction, comme j'ai eu l'occasion de l'observer, il se forme sur le cercle rouge une ligne de démarcation, l'inflammation augmente tout autour d'elle, l'escarre se rétrécit, et sa *séparation* s'opère à l'aide de la sécrétion d'un *pus* qui devient de plus en plus louable.

» Cette élimination terminée, la vulve qui, tout à l'heure encore, était gonflée et tendue, présente une *excavation* en forme d'entonnoir, correspondante à la perte de substance qui a lieu par la destruction de la paroi interne des grandes lèvres, des nymphes, et même de l'orifice du vagin.

» Au fur et à mesure cependant que les portions sphacélées se détachent, la tuméfaction s'affaisse, et l'excavation perd, dans la même proportion, en étendue et en profondeur. C'est alors qu'on observe avec étonnement la rapidité avec laquelle les tissus détruits sont *complétement remplacés*, en partie par granulation, et en partie par la contraction des tissus environnants.

» La *cicatrisation* marche rapidement, comme pour le *cancer aqueux*, et sans qu'il y ait difformité considérable. Je n'ai jamais vu l'adhérence des parois du vagin entre elles être la suite de cette affection, bien que l'hymen fût détruit ; cet accident ne doit pourtant pas être impossible. Underwood dit avoir vu chez des filles plus âgées une *blennorrhagie* copieuse qui persista longtemps. »

Je répète qu'il est impossible de s'assurer par l'analyse de faits suffisamment nombreux si tous les traits de cette description sont exacts ; ils ont paru tels à MM. Rilliet et Barthez (1).

Il est probable, ainsi que le fait remarquer M. Velpeau, que maintes fois la *vulvite pseudo-membraneuse*, précédemment décrite, a été prise pour une véritable gangrène ; mais un pareil reproche ne peut être adressé au docteur Richter, car la description qu'on vient de lire ne saurait se rapporter qu'à une gangrène bien caractérisée. Aussi pouvons-nous ajouter au *diagnostic* présenté dans l'article qui précède, la couleur noire que prennent les taches, la dureté des tissus, le dessèchement des portions gangrenées dans quelques cas, et enfin la perte de substance qui succède à la chute des escarres, signes qui appartiennent exclusivement à la gangrène. Ce diagnostic peut, par conséquent, être résumé de la manière suivante :

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Signes distinctifs de la vulvite gangréneuse et de la vulvite pseudo-membraneuse.

VULVITE GANGRÉNEUSE.	VULVITE PSEUDO-MEMBRANEUSE.
Taches grises s'étendant rapidement aux tissus environnants; *prenant*, au bout de quelques jours, une *teinte noire*.	*Ilots* pseudo-membraneux, blanchâtres, grisâtres, *ne prenant pas la teinte noire*.
Tuméfaction *considérable : dureté* des tissus envahis.	Tuméfaction peu *considérable ;* tissus envahis, *mous* ou peu résistants.
Les tissus sphacélés, lorsqu'ils se détachent, *ne sont pas remplacés par d'autres couches altérées*.	Souvent, chute de lambeaux pseudo-membraneux, *remplacés par d'autres couches*.
La tache gangréneuse *se dessèche parfois*.	Les taches ne se *dessèchent pas*.
Après la chute des escarres, *perte considérable de substance*.	Après la chute des pseudo-membranes, *pas de perte de substance* appréciable.

Pronostic. La gravité du pronostic, qui est fort grande, tient moins à la lésion elle-même qu'à la cause qui l'a produite et à l'état général dans lequel se trouve la malade. Il suffit de se rappeler les causes dont nous avons signalé l'existence pour être convaincu de l'exactitude de cette proposition.

Traitement. La plupart des moyens indiqués à l'article *Stomatite gangréneuse* sont applicables à la gangrène de la vulve. C'est ainsi qu'on a recommandé le *chlorure de chaux* en poudre ; la cautérisation avec le *nitrate d'argent*, au début de la maladie ; l'emploi de caustiques plus puissants, comme la *potasse*, le *chlorure d'antimoine :* « Mais, dit M. Velpeau, le *fer rouge* est infiniment préférable. C'est le cas ou jamais, ajoute-t-il, de ne point tergiverser, de mettre toute autre considération de côté ; c'est une question de vie ou de mort pour l'enfant.

» Ainsi donc, avec un cautère rougi à blanc, porté tout autour de la plaque

(1) *Loc. cit.*, p. 196.

gangrenée, entre le mort et le vif, on brûle tout ce qui se rencontre, de manière à cerner profondément la gangrène. Avec un pareil remède, plus effrayant que douloureux ou dangereux au fond, le mal s'arrête presque constamment et dès le jour même. On n'a plus dès lors à traiter qu'une véritable brûlure, qui, après l'élimination des escarres, se déterge, se modifie, et se cicatrise sous l'influence des topiques appropriés et connus.

» Les linges et la charpie imbibés d'acide nitrique étendu, pas plus que les autres acides, soit minéraux, soit végétaux, ne doivent être essayés ici, excepté dans les cas tout à fait légers. Il y a trop de danger à temporiser pour ne pas en venir sur-le-champ au seul remède efficace, au fer rouge.

» Quant à l'espèce de suppuration de la surface de la vulve, qui précède quelquefois la gangrène, et qui, après tout, en est peut-être toujours indépendante, on triomphe facilement et très vite chez les petites filles, à l'aide d'un des topiques suivants :

℞ Calomel à la vapeur....... 4 gram.	Eau de guimauve........ 120 gram.

Mêlez. Pour lotions.

» Ou bien :

℞ Calomel .... 2 à 4 gram.	Axonge récente........... 30 gram.

Mêlez. Pour onctions.

J'ai à peine besoin de faire remarquer que ce traitement ne peut avoir une efficacité réelle que dans les cas où l'état général s'est amendé soit spontanément, soit sous l'influence des moyens thérapeutiques mis en usage. Lorsque, par exemple, la maladie se montre dans le cours d'une fièvre éruptive, d'une fièvre typhoïde, etc., on doit, sans aucun doute, s'occuper activement du mal local qui peut ajouter à la gravité de la maladie générale ; mais tant que celle-ci reste en vigueur, on doit redouter les progrès d'une affection dont la cause est toujours persistante.

Ce n'est, au reste, que d'une manière très générale, et par conséquent assez vague, que la gangrène de la vulve a été étudiée, et tout le monde sentira combien il serait à désirer qu'on fît pour cette maladie en particulier le travail entrepris par M. Tanpin (1) sur la gangrène de la bouche.

ARTICLE VI.

NÉVRALGIE DE LA VULVE.

Plusieurs auteurs ont signalé une douleur très vive de la vulve existant sans qu'aucune lésion apparente en rende compte, et, dans ces dernières années, on a attribué cet état douloureux à une névralgie. L'absence de toute lésion, la vivacité des douleurs, leurs paroxysmes, ne permettent pas, en effet, de douter que l'affection ne soit de nature névralgique ; mais ce qu'il serait important de savoir, c'est si la vulve seule est affectée, ou si la douleur a sa source plus haut, c'est-à-dire dans

(1) Voy. art. *Stomatite gangréneuse.*

les nerfs lombaires, ce qui rejetterait la description de cette maladie dans celle de la *névralgie lombo-abdominale.* Dans mon *Traité des névralgies* j'ai cité un fait (obs. 44, p. 459) dans lequel il ne pouvait y avoir aucun doute à ce sujet, et depuis lors j'en ai vu plusieurs semblables. Il est fâcheux que les auteurs n'aient pas fixé leur attention sur ce point et ne nous aient pas fourni des documents précis pour résoudre la question.

Ce n'est pas qu'il répugne le moins du monde d'admettre qu'une douleur névralgique puisse être bornée à la vulve ; on a vu des névralgies occuper une très petite partie d'une branche nerveuse, être bornées au nerf plantaire, par exemple, et l'on conçoit dès lors que les parties génitales externes puissent être exclusivement affectées ; mais, dans l'ouvrage que je viens de citer, j'ai établi, d'après les faits, que les cas de névralgie ainsi bornée à une très petite étendue d'un nerf sont beaucoup plus rares qu'on ne le pense généralement, ce qui tient, sans aucun doute, à ce que l'on n'a pas fait remonter l'exploration jusqu'aux troncs nerveux, en sorte qu'il se pourrait bien que, dans beaucoup de cas, on eût pris pour une névralgie limitée à la vulve une affection de la même nature occupant plusieurs points du nerf ilio-scrotal, et même d'autres branches des nerfs lombaires. Voici néanmoins la description de cette douleur telle qu'elle a été donnée par les principaux auteurs.

Causes. Outre les causes dont l'influence se fait sentir sur la production des névralgies en général, on a remarqué que celle dont il s'agit ici se montre principalement chez les jeunes filles au moment où elles deviennent nubiles, chez les jeunes femmes avant le premier accouchement, et chez les femmes qui viennent d'atteindre l'âge critique. On a signalé comme pouvant la faire naître diverses altérations de l'utérus et de ses annexes, et enfin on a été forcé de convenir que, dans beaucoup de cas, la maladie s'est produite sans cause appréciable.

Symptômes. L'affection consiste presque exclusivement dans la *douleur.* Cette douleur est *spontanée* ou *provoquée.* La première est la moins notable, ou du moins elle a trop peu fixé l'attention des auteurs pour qu'ils en aient fait une mention spéciale ; elle consiste en douleurs *lancinantes*, en une *cuisson*, un *sentiment de brûlure* paraissant à des intervalles variables, et s'irradiant de la vulve dans des directions qui n'ont pas été déterminées, ce qui est fâcheux par les raisons indiquées plus haut, puisque ce renseignement aurait servi à préciser le siége, ou plutôt la source de la maladie.

Il n'en est pas de même de la *douleur provoquée ;* elle est ordinairement extrêmement vive, et c'est elle qui occasionne particulièrement les plaintes des malades. Le *toucher* l'excite au plus haut point. L'introduction de la canule d'une seringue produit le même effet, et bien plus encore le *coït*, qui, à un certain degré de la maladie, est impossible. Comme dans un certain nombre de cas de névralgie dont il sera question dans un autre article, la douleur est souvent si superficielle, qu'il suffit de promener le doigt sur le point affecté, ou même sur les poils qui couvrent la face externe des grandes lèvres pour causer de vives souffrances. C'est exactement ce qui avait lieu dans le cas que j'ai mentionné plus haut, et où la névralgie avait sa source dans les nerfs lombaires. Il est bien fâcheux que les auteurs ne nous aient pas appris si, dans les cas qu'ils ont observés, la douleur occupait les deux

côtés ou un seul. Ce renseignement eût encore été utile; car on sait que les névralgies ordinaires occupent plus souvent un seul côté que les deux à la fois.

Souvent, comme je l'ai dit plus haut, la partie affectée ne présente aucune lésion apparente; mais, suivant M. Velpeau, il est loin d'être rare de la voir coïncider avec une rougeur légère, une teinte rose évidemment pathologique, et s'accompagner d'une légère exsudation blanchâtre du vagin. Quel est le rapport de cause à effet qui existe entre cette légère irritation de la vulve et la douleur si vive dont nous venons de parler? C'est ce qu'il est difficile de dire dans l'état actuel de la science. Cependant, si nous nous rappelons ce qui a lieu dans les autres névralgies, il nous est permis de croire que ce n'est pas l'irritation qui donne naissance à la douleur nerveuse; mais que celle-ci, au contraire, est la cause première de la rougeur et du léger suintement dont il vient d'être question. Que l'on examine, par exemple, ce qui se passe dans certains cas de *névralgie trifaciale*, on verra que d'abord la douleur se produit sans aucune altération des fosses nasales, de la bouche ou des yeux; puis, la névralgie augmentant d'intensité, l'œil devient rouge et larmoyant, il y a ardeur de la fosse nasale du côté malade, écoulement de mucosités, chaleur de la bouche, léger ptyalisme, et même tuméfaction de la joue; et, ce qui prouve bien que tout cela est sous la dépendance de la douleur nerveuse, c'est que, l'accès passé, toutes ces irritations locales se dissipent immédiatement après la disparition de la douleur. On conçoit donc facilement que pareille chose puisse se passer du côté de la vulve. C'est un sujet de recherches qui ne manque pas d'intérêt.

Traitement. Je ne parlerai pas des cas où la douleur nerveuse de la vulve est la conséquence d'une névralgie dont on trouve d'autres traces dans les nerfs lombaires; il en sera question dans l'histoire de la névralgie *lombo-abdominale.* Je dois considérer ici cette douleur isolée dont j'ai vu récemment un exemple remarquable, et qui se rapproche des *dermalgies partielles* dont je parlerai plus tard; car il importe d'indiquer les moyens qu'on lui a opposés avec succès. C'est encore à M. Velpeau qu'il convient d'emprunter l'exposé de ce traitement, qu'il nous a donné en ces termes :

« La névrose ou névralgie de la vulve cède souvent, dit-il, aux mêmes moyens que le *prurit* et l'*eczéma.* (J'indiquerai ces moyens dans les articles consacrés à ces affections.) Quand elle résiste et que les *antispasmodiques*, ou même les *opiacés* donnés à l'intérieur ont échoué, j'ai retiré de véritables avantages de l'*introduction dans le vagin de mèches enduites de corps gras.* Ces mèches, qu'on rend de plus en plus volumineuses, qu'on enduit d'abord de *cérat opiacé*, ensuite de *cérat saturné*, puis de *pommade au précipité*, introduites à l'aide du porte-mèche ordinaire, doivent être renouvelées deux fois le jour. On leur associe, en outre, des *injections* et des *lotions* d'abord *émollientes*, et *narcotiques*, ensuite *détersives*, et enfin avec le *calomel étendu d'eau*, ou une solution très légère de *sublimé* (1). Après s'être récriées d'abord avec vivacité contre ce traitement, les femmes s'y accoutument bientôt, si le chirurgien ne se laisse pas arrêter par leur frayeur précoce. La sensibilité de toutes les parties ne tarde pas alors à se modérer, à s'éteindre même, à rendre possibles les approches conjugales, à donner aux ma-

(1) Voy. *Prurit de la vulve.*

lades une telle hardiesse, qu'elles finissent bientôt par se croire tout à fait guéries. On modifierait encore cette sensibilité excessive en touchant les parties qui en sont le siége avec le *crayon d'azotate d'argent*, ou bien en les lotionnant avec une *solution un peu forte de la même substance ;* mais ce moyen, pouvant amener une inflammation assez vive, ne doit être employé qu'à la fin. »

Le principal moyen conseillé par M. Velpeau ne saurait convenir dans les cas où la membrane hymen est encore intacte. Or, si nous avons égard à ce qui se passe dans les cas de dermalgie ordinaires, nous serons porté à admettre que l'application du *vésicatoire* sur la grande lèvre même pourrait, en pareil cas, avoir de grands avantages ; et, quant aux inconvénients de ce moyen appliqué dans un pareil point, ils ne sauraient être une contre-indication réelle lorsque la douleur est très vive, ce qui est le cas le plus fréquent. Dans le cas que j'ai cité plus haut, des *injections* d'eau dans lesquelles on mettait une vingtaine de gouttes de *chloroforme* par litre, ont procuré un grand soulagement. Il ne faut pas dépasser cette dose, parce que, employé en trop grande proportion, le chloroforme irrite très fortement les muqueuses.

ARTICLE VII.

PRURIT DE LA VULVE.

Voici encore une affection sur laquelle nous n'avons que des documents très peu précis. C'est une simple indisposition qui n'a pas fixé l'attention des auteurs. On comprend que je ne veux parler que du prurit de la vulve, sans lésion appréciable, dont quelques auteurs, et notamment M. Velpeau, disent avoir vu plusieurs cas ; car, pour celui qui est dû à un eczéma, à un prurigo, à une autre affection cutanée, ou bien à la présence d'oxyures dans la vulve, c'est ailleurs qu'il doit en être ou qu'il en a été question. Voici ce que nous apprennent les auteurs sur ce sujet.

On ne sait rien de positif sur les *causes* de ce prurit, qu'on peut appeler *essentiel*, en supposant que des recherches plus exactes ne viennent pas faire découvrir quelque légère altération des parties qui, jusqu'à présent, a échappé à l'investigation.

Toute l'affection consiste dans un seul *symptôme*, le *prurit*, dont l'intensité varie d'un moment à l'autre, et qui, parfois très léger, devient tout à coup si vif, que les femmes qui en sont atteintes ont toutes les peines du monde à s'empêcher de se gratter, de se frotter, et que même elles ne peuvent parfois y résister.

Cette démangeaison excite ordinairement les désirs vénériens et provoque des attouchements qui ont été fréquemment l'origine d'habitudes vicieuses. M. Velpeau cite même la *nymphomanie* comme étant la conséquence de ce symptôme incommode. Fréquemment la démangeaison empêche le sommeil la nuit, et il peut en résulter un état marqué d'irritation générale. Si l'on examine la partie malade, on n'y aperçoit, comme nous l'avons dit plus haut, aucune altération ; mais il faut répéter ici que rien ne prouve que l'examen ait été fait avec toute l'attention nécessaire.

La maladie étant tout à fait locale, c'est par des topiques qu'on cherche à la

faire disparaître ; on prescrit, par exemple, des *lotions alumineuses* selon la formule suivante :

℞ Eau d'orge .... 500 gram. | Alun .... 4 gram.
Mêlez. Pour lotions, trois ou quatre fois par jour.

Le *sous-borate de soude* a été encore conseillé ; il s'emploie de la même manière, et dans la proportion suivante :

℞ Borate de soude .... de 4 à 8 gram. | Eau commune .... 30 gram.
Mêlez.

On peut encore prescrire les lotions avec l'*eau de chaux*, ou bien avec le *chlorure de chaux*, ainsi qu'il suit :

℞ Chlorure de chaux.. de 0,20 à 0,30 gram. | Eau commune........... 30 gram.
Dissolvez.

Le *chlorure de soude*, les *sels de potasse*, et en particulier le *sous-carbonate*, s'emploient de la même manière, dans des proportions que tout le monde connaît.

Reste une application topique qu'il importe de mentionner, parce qu'on en a beaucoup vanté l'efficacité : c'est la *solution de sublimé corrosif.* Voici comment M. Trousseau (1) conseille d'employer ce médicament : « On prépare, dit-il, une solution de 10 grammes de *bichlorure de mercure* dans 100 grammes d'*alcool ;* la malade en met une *cuillerée à café dans un litre d'eau très chaude*, que l'on emploie pour les *injections* et les *lotions.* Nous insistons souvent sur la nécessité de prendre de l'eau chaude, et ce n'est pas sans motifs : il est en effet remarquable que les lotions de sublimé agissent beaucoup moins efficacement lorsque l'eau est froide que lorsque la température de la solution est très élevée, et même il n'est pas rare de voir la médication tout à fait impuissante tant que l'on se sert de l'eau froide. »

M. le docteur Tournié (2) cite neuf malades guéries par le *calomel*, auquel il associe le camphre comme il suit :

Faire des frictions deux fois par jour sur les parties malades avec la pommade suivante :

℞ Calomel.............. 2 à 8 gram. | Axonge................. 30 gram.
Mêlez. Après l'onction saupoudrer avec la poudre suivante :
Camphre pulvérisé .... 1 partie. | Amidon................ 4 parties.

Dans les trois quarts des cas, le prurit était accompagné d'une éruption (3 lichen, 2 prurigo, 1 eczéma).

Enfin on a recommandé les *bains froids* et les *bains de mer*, et suivant M. Velpeau, si le mal résistait aux topiques qui viennent d'être indiqués, il y aurait lieu de toucher superficiellement toutes les surfaces malades avec le *crayon de nitrate d'argent ;* mais, ajoute-t-il, sans être très violent, ce moyen doit être cependant réservé pour les seuls cas fatigants et rebelles qui tourmentent longtemps les femmes.

(1) *Traité de thérap.*, t. I, p. 252.
(2) *Bull. gén. de thérap.*, 15 juillet 1851.

Le docteur Winternitz (1) a employé avec beaucoup de succès, dans deux cas, les fomentations avec une solution de 15 centigrammes de *nitrate d'argent* dans 30 grammes d'eau, répétées cinq fois par jour ; mais dans un de ces deux cas, le prurit accompagnait un psoriasis diffus.

M. Cazenave (2) emploie la pommade suivante :

Axonge	30 gram.	Éther chlorhydrique chloré	2 gram.

Mêlez. Pour onctions.

Je n'insisterai pas davantage sur les affections de la vulve, qui, ainsi qu'on vient de le voir, ont été très superficiellement étudiées au point de vue de la pathologie interne, et dont cependant il fallait parler avec quelques détails, parce qu'elles se présentent fréquemment aux praticiens qui pourraient se trouver embarrassés en leur présence.

Quant à l'*esthiomène de la vulve* et à l'*acné vulvaire* sur lesquels M. Huguier (3) a publié un travail important, c'est parmi les maladies de la peau et aux articles *Lupus* et *Acné* qu'il faut en chercher la description. Je vais maintenant dire quelques mots de certaines *affections du vagin*, et je me hâterai d'arriver ensuite aux maladies de l'utérus, bien autrement importantes.

CHAPITRE II.

MALADIES DU VAGIN.

Si l'on excepte la *blennorrhagie* et les *ulcères primitifs* ou *chancres* du vagin, dont j'ai parlé dans les articles précédents, il ne reste que bien peu d'affections qui soient du domaine de la pathologie interne. Aussi n'aurai-je à dire quelques mots ici que de la *vaginite simple* et de la *vaginite granuleuse*, affections d'une importance secondaire et qui ne sauraient nous arrêter longtemps. Mais avant d'aborder la description de ces états morbides, je dois présenter quelques considérations sur cette seconde forme de la vaginite, dont on ne s'est occupé spécialement que dans ces derniers temps.

Cette circonstance de l'apparition de granulations plus ou moins nombreuses et plus ou moins volumineuses sur la muqueuse vaginale doit-elle nous faire regarder l'inflammation du vagin qui se montre avec ces caractères comme une affection tout à fait à part, ou ne faut-il la considérer que comme une forme anatomique de la vaginite chronique? C'est cette dernière manière de voir qui me paraît devoir être adoptée, et je ne crois pas que M. Deville (4), qui a traité ce sujet avec les plus grands détails, dans un mémoire d'un intérêt réel, soit d'une autre opinion. Il n'y a, en effet, dans cette affection, que deux circonstances remarquables : c'est d'abord sa forme granuleuse, et en second lieu son existence bien plus fréquemment constatée chez les femmes enceintes que chez les autres. Si d'autres particu-

(1) *Annales de Roulers* et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er février 1852.

(2) *Annales des maladies de la peau*, novembre 1850.

(3) *Mém. sur l'esthiomène, dartre rongeante de la région vulvo-anale* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XIV, 1849), et *Mém. sur les malad. des organes génitaux externes chez la femme* (*Ibid.*, t. XV).

(4) *De la vaginite granuleuse* (*Arch. gén. de méd.*, juillet et août 1844).

larités ne sont pas signalées par les recherches ultérieures, on ne saurait, ce me semble, faire de cette inflammation une maladie spéciale.

ARTICLE Ier.

HÉMORRHAGIE DU VAGIN.

Quelques faits, dont les principaux sont rapportés par M. Gendrin (1), par Dugès et par Mme Boivin (2), prouvent qu'une quantité assez notable de sang peut suinter à la surface du vagin ; mais ces hémorrhagies ne sont pas assez abondantes pour faire craindre pour les jours de la malade. On conçoit néanmoins que cette abondance puisse considérablement augmenter, et rendre la maladie sérieuse. Il faut être par conséquent prévenu de la possibilité du fait.

Dans le cas rapporté par Dugès et Mme Boivin, et emprunté à Mme Lachapelle, l'écoulement de sang était accompagné d'une douleur assez vive, mais ce n'est pas le cas le plus ordinaire.

On pourrait confondre cette hémorrhagie avec une *hématurie*, parce que le sang se trouve mêlé aux urines ; mais si l'on introduit une sonde dans la vessie, on voit celles-ci sortir claires, ce qui dissipe l'erreur. En outre, on reconnaît la source du sang en employant le spéculum, et en examinant le vagin immédiatement après l'avoir nettoyé à l'aide d'une injection. C'est à sa partie supérieure que se fait ordinairement le suintement. Dans les cas cités par M. Gendrin, l'hémorrhagie vaginale coïncidait avec un écoulement de sang par l'utérus, et l'on voyait ce liquide sourdre à la fois de toute la surface du museau de tanche et de la partie supérieure du vagin.

Si la perte de sang était assez abondante ou d'assez longue durée pour causer des inquiétudes, il faudrait diriger contre elle les moyens que j'ai indiqués à propos des autres hémorrhagies, et principalement de l'*épistaxis* (3) ; car le traitement de l'hémorrhagie vaginale ne présente rien de particulier. On mettrait surtout en usage les *injections froides et astringentes*, et l'on aurait recours, s'il le fallait, au *tamponnement*, dont l'application, en pareil cas, serait nécessairement des plus faciles et des plus efficaces. Ces considérations suffisent pour une maladie si rare et présentant si peu de particularités.

ARTICLE II.

VAGINITE AIGUE SIMPLE.

D'après tout ce que j'ai dit à l'article *Blennorrhagie chez la femme*, il est évident que je n'ai pas à entrer dans de grands détails sur la vaginite simple. Si, en effet, il est démontré pour tous les observateurs que rien dans les lésions, dans les symptômes, dans la marche de la maladie, ne peut faire distinguer une vaginite vénérienne d'une vaginite simple, il ne reste plus qu'à dire quelques mots des *causes* qui peuvent produire cette dernière, causes dont la connaissance peut seule servir de base au jugement du médecin.

(1) *Traité phil. de méd. prat.*, t. II. p. 10.
(2) *Traité des malad. de l'utérus et de ses annexes.* Paris, 1835, t. II, p. 627.
(3) Voy. t. I.

Les *causes* sont toutes les irritations violentes ou de longue durée qui portent leur action sur le vagin. Or, comme il est rare que des causes de cette nature agissent avec un suffisant degré d'intensité sur les parois du vagin, il en résulte que la vaginite simple aiguë, la vaginite non vénérienne, est une affection très rare, beaucoup plus rare que la vulvite de même nature, par la raison que la vulve est presque uniquement exposée aux violences, et que dans les cas même où l'action se porte sur le vagin, celui-ci, plus extensible, leur échappe plus facilement. De toutes les irritations produites sur le vagin, il n'en est pas qui donnent plus fréquemment lieu à une vaginite de quelque intensité que l'introduction des *pessaires*, et surtout le long séjour de ces corps étrangers dans le conduit. Il serait inutile d'insister plus longtemps sur ces faits si connus.

Les *symptômes*, je le répète, sont les mêmes que ceux de la blennorrhagie; seulement on admet généralement que, toutes choses égales d'ailleurs, ils sont moins violents, et que la maladie a une *durée* moins longue.

Il est également admis que l'affection cède plus facilement aux moyens simples, comme les *émollients*, les *bains*, et un *régime doux;* cependant c'est encore là un sujet de recherches qui ne doit pas être négligé. Du reste, les moyens mis en usage, lorsque l'affection a une certaine intensité, sont les mêmes que ceux qu'on oppose à la blennorrhagie.

ARTICLE III.

VAGINITE CHRONIQUE; VAGINITE GRANULEUSE.

Je n'ai rien à dire de particulier de la *vaginite chronique simple :* aussi ne m'y arrêterai-je pas, et je vais passer immédiatement à l'histoire de la vaginite granuleuse, qui, ainsi que je le disais tout à l'heure, présente quelques particularités intéressantes.

Vaginite granuleuse. Déjà M. Ricord avait signalé sous le nom de *psorélytrie* (1), l'existence de granulations sur les parois du vagin dans le cours de la blennorrhagie. MM. Blatin et Nivet en ont également fait mention; mais ce n'étaient là que des indications assez vagues. M. Deville a, au contraire, tracé d'une manière complète la description de cette forme de vaginite chronique, dont voici les principaux traits d'après cet auteur.

§ I. — Définition; synonymie.

« Nous donnons, dit M. Deville, le nom de *vaginite granuleuse* à une maladie du vagin de forme essentiellement chronique chez les femmes enceintes, mais pouvant exister chez d'autres femmes; caractérisée par le développement sur le vagin de granulations rouges, en général assez volumineuses, indolentes, tantôt éparses et isolées, tantôt, et presque toujours, confluentes, occupant soit une partie limitée, soit la totalité du vagin, depuis les caroncules myrtiformes jusqu'au col utérin, qu'elles envahissent même parfois; accompagnées d'un écoulement vaginal purulent, abondant, plus ou moins verdâtre. Ces granulations paraissent identiques à celles qui existent assez souvent d'une manière isolée sur le col utérin, et nommées

(1) Voy. l'art. *Blenn. chez la femme.*

par Dugès et Mme Boivin *métrite* granuleuse ; seulement, sur le vagin, elles acquièrent d'habitude plus de volume. »

J'ai cité cette définition, bien qu'elle soit un peu longue, parce qu'elle contient en abrégé une description à peu près complète de la maladie, et qu'après l'avoir présentée, il ne me restera qu'à examiner quelques points particuliers.

§ II. — Causes.

Elles sont très obscures ; tout ce que M. Deville a trouvé de plus précis, c'est que, parmi les malades qu'il a observées, les *femmes enceintes* étaient dans la proportion des deux tiers environ, et que, dans la plupart des cas du moins, l'affection n'avait rien de syphilitique.

§ III. — Symptômes.

La vaginite granuleuse est *indolente ;* parfois seulement on observe quelques démangeaisons ou quelques cuissons ; mais la facilité avec laquelle se dissipent ces symptômes sous l'influence du repos et des lotions simples prouve que si la marche, la fatigue, le défaut de soins de propreté suffisent pour les produire, on ne peut pas néanmoins les regarder comme appartenant en propre à la maladie.

L'*écoulement* ne manque jamais ; la matière sécrétée est ordinairement abondante, mais son abondance varie notablement, suivant les cas. Elle n'est pas visqueuse ; elle est assez épaisse, se rapprochant de la consistance crémeuse, et d'une couleur jaune verdâtre. Dans les cas où cette vaginite apparaît chez des femmes affectées déjà de flueurs blanches, cet aspect de l'écoulement en indique le début.

Si, à l'aide du *spéculum*, on examine le vagin, on voit à la surface : « de petites saillies rougeâtres ou d'un rouge vif, d'un diamètre qui varie entre un 1/2 millimètre et 2 millimètres. Leur forme est le plus souvent celle d'une demi-sphère adhérente par la base ; mais quelquefois elles acquièrent un développement bien plus grand, elles s'allongent et prennent la forme de petits cylindres.... La vaginite présente alors le degré le plus élevé qu'elle puisse atteindre (Deville).

Ces granulations sont ordinairement très nombreuses dans tout le vagin ; elles peuvent même envahir le col de l'utérus. Jamais M. Deville ne les a vues s'ulcérer.

On peut les sentir à l'aide du *toucher*. « Le doigt introduit dans le vagin glisse entre deux parois dures, rugueuses, chagrinées.... sensation qu'on n'éprouve que dans les cas de vaginite granuleuse (Deville). »

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La maladie a une *marche* tellement chronique, que, s'il ne s'opérait pas dans l'écoulement des femmes affectées de flueurs blanches les changements indiqués plus haut, elles ne s'apercevraient pas de son apparition.

La *durée* de la maladie est, dans quelques cas, limitée par l'accouchement lui-même ; dans d'autres, l'accouchement ne fait pas disparaître la vaginite qui s'est développée sous l'influence de la grossesse, et dès lors la durée est illimitée.

Sauf les cas où l'accouchement vient mettre un terme à la maladie, on ne la voit pas disparaître spontanément ; mais sous l'influence d'un traitement convenable, sa *terminaison* est promptement heureuse.

§ VI. — Diagnostic.

Le diagnostic ne présente évidemment pas de difficultés sérieuses toutes les fois qu'il est permis de procéder à l'examen direct. Pourrait-on, d'après les caractères seuls de l'écoulement, dire s'il s'agit d'une vaginite granuleuse, ou bien d'un catarrhe utérin, d'une vaginite simple, en un mot d'un des autres états décrits sous le nom générique d'*écoulements*, de *flueurs blanches*, de *leucorrhée?* Je ne le pense pas. M. Deville, il est vrai, a signalé les diverses nuances de ces écoulements, mais c'est en examinant les femmes à l'aide du spéculum qu'il les a constatées, et, en pareil cas, l'existence des granulations suffit pour déterminer le diagnostic, qui n'aurait de valeur réelle que tout autant qu'il pourrait être porté sans cet examen direct, et c'est dans les circonstances de ce genre qu'il ne me paraît pas possible.

Pronostic. Le pronostic n'est pas grave, en ce sens que la maladie peut ne pas altérer sensiblement la santé générale, et qu'elle cède facilement au traitement. Mais si l'écoulement est abondant, s'il persévère, il peut en résulter certains symptômes gastriques que je ferai connaître à l'article *Leucorrhée;* symptômes qui peuvent devenir très sérieux, parce que la maladie n'ayant pas de tendance à guérir spontanément, est une cause permanente de troubles digestifs.

Pour les auteurs qui pensent que la vaginite la plus simple peut communiquer une blennorrhagie, il n'est pas douteux que celle dont il s'agit ici puisse donner lieu au même résultat, et c'est ce qu'on trouve formellement exprimé dans le mémoire de M. Deville, mais le fait n'est nullement démontré. Il serait nécessaire, pour qu'on pût se prononcer à cet égard, qu'on citât des observations, et encore faudrait-il distinguer. La vaginite granuleuse succède parfois à une véritable blennorrhagie, ou plutôt n'est autre chose que cette blennorrhagie passée à l'état chronique; nul doute qu'en pareil cas la contagion n'ait lieu ; mais en serait-il de même dans ceux où il serait bien prouvé que cette vaginite s'est développée spontanément? C'est ce dont il est permis de douter.

On ne sait pas quel est le *siége anatomique* précis des granulations qui forment le principal caractère de cette affection. M. Deville a rassemblé plusieurs arguments qui tendent à prouver que ces granulations n'occupent pas les follicules.

§ VII. — Traitement.

Les moyens à opposer à cette affection ne diffèrent pas de ceux qu'on emploie dans la *blennorrhée* chez la femme. Les injections avec une *solution de nitrate d'argent* ont parfaitement réussi dans tous les cas rapportés par M. Deville. Voici, d'après lui, comment on doit les pratiquer :

♃ Nitrate d'argent cristallisé... 0,05 gram. | Eau distillée .... 30 gram.
Dissolvez.

« Pour pratiquer une injection, les malades se tiennent tout simplement assises ou accroupies, et commencent par faire dans toute la hauteur du vagin une *injection d'eau tiède*, pour chasser, autant que possible, la matière de l'écoulement ; puis elles injectent successivement deux seringues habituelles à injections vaginales, remplies avec la solution froide de nitrate d'argent. La seringue, tout le monde le sait, doit être en verre. »

Ces injections sont pratiquées matin et soir. De plus, les malades prennent un *bain* entier tous les quatre jours environ, et fréquemment des *bains de siége*. On leur recommande la plus grande propreté, et on leur prescrit un *régime substantiel*, mais non excitant.

APPENDICE.

LEUCORRHÉE.

De toutes les affections de l'appareil génital chez la femme, il n'en est aucune qui présente plus de difficultés à décrire avec précision que la leucorrhée. Cette proposition, dont l'exactitude sera démontrée dans le cours de cet article, eût assurément paru fort singulière avant ces vingt dernières années, où une exploration directe, faite avec soin, et les progrès du diagnostic qui en ont été le résultat nécessaire, sont venus nous apprendre à distinguer des états pathologiques jusque-là confondus. Sous le nom de *leucorrhée*, on comprenait autrefois les divers écoulements blancs qui se montrent chez les femmes ; aussi avait-on une *leucorrhée aiguë* (vaginite aiguë ; blennorrhagie ; flux muqueux dus aux ulcères primitifs ; vulvite, etc.) ; une *leucorrhée chronique* (flux muqueux sans lésion appréciable, ou leucorrhée proprement dite ; blennorrhée ; vaginite chronique ; flux accompagnant les ulcérations de l'utérus, etc.) ; une *leucorrhée* par irritation locale (vaginite, vulvite dues aux violences, au séjour de corps étrangers, etc.) ; une *leucorrhée sympathique* (due à la dentition, etc.) ; une *leucorrhée métastatique*, une *leucorrhée critique ;* et enfin, suivant quelques auteurs qui tenaient compte de la cause spécifique, une *leucorrhée syphilitique*.

Il suffit d'un simple coup d'œil jeté sur cette division pour voir combien d'éléments hétérogènes elle renferme. Il y a là huit ou dix maladies distinctes, liées par un seul signe commun, l'écoulement. C'est ce qui était arrivé pour les *maladies de poitrine*, par exemple, dans lesquelles la dyspnée était considérée comme une maladie que les recherches modernes ont reléguée parmi les simples symptômes, au grand profit de la science, ou mieux encore, c'est ainsi qu'on comprenait la *phthisie*, dénomination appliquée à un grand nombre d'affections chroniques, et que les progrès de la pathologie ont exclusivement réservée aux tubercules pulmonaires.

Ce qui a été si utile pour les affections de poitrine et pour beaucoup d'autres que je pourrais citer, ne peut manquer de l'être pour les maladies du vagin et de l'utérus. Ce serait perdre tout le fruit des travaux modernes que de vouloir encore conserver dans le cadre nosologique la leucorrhée telle qu'on l'entendait autrefois. Il faut absolument suivre une marche toute différente. Les écoulements qui tiennent à des états pathologiques bien distincts, tels que ceux que nous avons déjà décrits et ceux que nous passerons en revue en exposant les affections de l'utérus, sont de simples symptômes qui font partie intégrante de ces maladies, et qui ne doivent pas en être séparés pour former une affection complexe impossible à analyser au point de vue de la symptomatologie et surtout de la thérapeutique.

M. Tyler-Smith (1) admet une division plus rationnelle au point de vue pratique ; il divise la leucorrhée en :

(1) *Rech. anat. et microscop. sur la leucorrhée*, mémoire présenté à la *Soc. royale et méd. de Londres* (*Union méd.*, 30 septembre 1852).



« 1° Leucorrhée muqueuse ayant sa source dans le canal folliculaire du col;

» 2° Leucorrhée épithélienne ayant sa source dans le vagin. »

Mais devons-nous, à l'exemple des auteurs du *Compendium*, rayer le mot de *leucorrhée* du cadre nosologique? N'y a-t-il aucun état morbide qui mérite ce nom? L'écoulement blanc des femmes n'est-il jamais qu'un simple symptôme, comme la dyspnée? C'est ce qu'il s'agit de déterminer.

Pour résoudre cette question, nous ne saurions trouver de meilleurs documents que ceux qui nous sont fournis par M. Marc d'Espine dans un mémoire qu'il a publié en 1836 (1). Or cet auteur, examinant avec le plus grand soin l'état des organes chez un nombre considérable de femmes qui avaient des écoulements, en a trouvé une proportion notable chez lesquelles cet écoulement, purement muqueux, n'était accompagné d'aucune lésion appréciable de l'utérus ou du vagin qui pût en rendre compte, et il n'est pas de médecin qui n'ait observé des cas semblables. Je demande quel est le nom qu'on peut donner à cette maladie caractérisée uniquement par l'écoulement? Évidemment il n'en est pas d'autre que celui de *leucorrhée*.

On dira peut-être que de cela seul que nous ne pouvons pas reconnaître une lésion matérielle des organes affectés, il ne faut pas conclure d'une manière absolue que cette lésion n'existe pas. C'est là toujours l'argument de ceux qui, par le raisonnement, arrivent à rejeter toute affection consistant dans un trouble purement fonctionnel. Mais ce n'est là qu'un raisonnement, et les faits que nous connaissons, que nous pouvons voir tous les jours, prouvent qu'il est fondé sur une pure subtilité. Ce qu'il y a de certain, c'est que, dans les cas dont je viens de parler, nous ne trouvons qu'une seule chose : l'écoulement; que par conséquent tout ce que l'observation nous permet de conclure, c'est que la sécrétion muqueuse a subi une augmentation morbide, et que vouloir rattacher cette augmentation à un état des solides plutôt qu'à toute autre influence, c'est aller au delà des faits et tomber dans les hypothèses.

Ces réflexions s'appliquent non seulement aux cas où le flux muqueux, apparu lentement, persiste d'une manière continue, mais encore à ceux où l'on ne le voit se montrer qu'à une époque limitée avant ou après les règles. On a dit que, en pareil cas, la leucorrhée était due à l'hyperémie qui précède et suit l'apparition des règles : cela n'est pas douteux ; mais l'hyperémie ne saurait être considérée comme une maladie.

On comprendra facilement, d'après ce que je viens de dire, que je n'aie pas de grands emprunts à faire aux auteurs des siècles précédents; nous ne pouvons plus entendre la leucorrhée comme eux : ce qu'ils ont dit ne saurait, par conséquent, s'appliquer d'une manière précise à la maladie telle que je vais la décrire. Cependant il faut reconnaître que, sur certains points particuliers, on peut encore leur demander quelques renseignements, et puiser des documents instructifs dans les écrits de Trnka (2), de Fréd. Hoffmann (3), de la plupart des auteurs qui ont fait des traités généraux de médecine, ou qui ont traité spécialement des maladies des femmes; dans quelques mémoires et dissertations éparses dans les recueils, et sur-

(1) *Rech. anal. sur quelques points de l'histoire de la leucorrhée* (*Arch. gén. de méd.*, 2ᵉ série, t. X, p. 160.

(2) *Historia leucorrheæ*, etc. Vienne, 1781.

(3) *Opera medica omnia.*

tout dans les recherches de Blatin (1), qui, ayant rassemblé un nombre assez considérable d'observations, y a trouvé des aperçus qui ne sont pas sans importance. Parmi les écrits publiés dans ces dernières années, il n'en est aucun qui ait autant de valeur que celui de M. Marc d'Espine, que j'ai déjà cité. Les questions litigieuses y sont parfaitement posées, et leur solution y est cherchée à l'aide de la méthode analytique et numérique, la seule qui conduise sûrement à la vérité.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Pour nous donc la leucorrhée est un écoulement de matière muqueuse, assez abondant pour incommoder les sujets, et sans altération appréciable des organes génitaux. On voit que non seulement j'exclus tous les cas où l'on trouve une lésion soit purement inflammatoire, soit ulcéreuse, mais qu'encore je n'admets que les écoulements muqueux. Si, en effet, l'écoulement est purulent ou muco-purulent, bien que la muqueuse vaginale et utérine ne présente pas même de la rougeur, il faut admettre l'existence d'une vaginite chronique ; la maladie n'est plus alors une simple leucorrhée, car la formation du pus à la surface d'une muqueuse entraîne l'idée d'une inflammation. On voit tous les jours des écoulements muco-purulents de l'urètre persister après la période inflammatoire intense, sans que l'inspection fasse découvrir les signes ordinaires de l'inflammation : chaleur, rougeur, tuméfaction ; et l'on n'hésite pas à dire qu'il existe alors une blennorrhagie chronique, c'est-à-dire une inflammation chronique ; il doit en être de même quand il s'agit des écoulements vaginaux. Il est très difficile, il est vrai, de dire où commence et où finit l'inflammation, et surtout si, dans certains cas, la matière de l'écoulement contient ou ne contient pas une certaine proportion de pus. On conçoit, en effet, que le mucus, suivant la plus ou moins grande proportion des éléments qui le composent, ait dans son aspect plusieurs nuances difficiles à caractériser ; mais, si cette difficulté existe pour certains cas, qui seront peut-être toujours douteux, il en est, comme on le verra plus loin, où les caractères sont très tranchés, et ce n'est, par conséquent, pas une raison pour laisser subsister une confusion fâcheuse.

J'ai ajouté, dans cette définition, que l'écoulement doit être assez abondant pour incommoder les femmes ; cette remarque, faite par M. Marc d'Espine, paraîtra juste, si l'on considère que la sécrétion du mucus est nécessaire pour lubrifier les parties, et que, tant qu'elle ne dépasse pas certaines limites, il est impossible de dire que le sujet n'est plus dans des conditions normales.

Ces discussions, dans lesquelles je n'ai pas craint d'entrer, ne sauraient paraître oiseuses ; car, dans ces questions difficiles, si l'on n'établit pas bien ce que l'on doit entendre par tels ou tels états morbides, les descriptions ne consistent plus qu'en des affirmations plus ou moins contestables, et tout l'intérêt qui peut se rattacher à l'histoire de la maladie est nécessairement perdu.

Les dénominations sous lesquelles on a désigné la leucorrhée sont très nombreuses, et il n'en pouvait être autrement. On l'a décrite sous les noms de *fluxio alba*, *fluxio vulvæ*, *profluvium muliebre*, *fluor albus*, *menorrhagia alba*, *menorrhœa*, *menstrua alba*, *blennorrhœa vaginæ*, *hysterorrhœa mucosa*, *fleurs*, *flueurs*

(1) *Du catarrhe utérin, ou des flueurs blanches*. Paris, an X.

blanches, *pertes blanches*, etc.; les Anglais l'ont désignée sous le nom de *whites*, et les Allemands sous celui de *weisser Fluss*. On trouve dans ces dénominations plusieurs des idées qu'on s'est faites sur la nature de la maladie, alors que tant d'états pathologiques se trouvaient confondus.

Dans les idées anciennes, la leucorrhée devait nécessairement passer pour une des maladies les plus fréquentes, si ce n'est même pour la plus fréquente de toutes. On sait, en effet, combien est grand le nombre des femmes qui ont des écoulements, soit continus, soit intermittents, c'est-à-dire apparaissant à l'époque des règles. Mais, si nous recherchons la *fréquence* de la leucorrhée telle que nous l'avons définie plus haut, nous voyons qu'elle devient infiniment moins considérable, et que chez les femmes qui ont des écoulements divers confondus sous le nom de leucorrhée, c'est la minorité qui présente un flux de cette nature. J'indiquerai, en parlant des causes, quelle est la fréquence de la maladie suivant les diverses circonstances où les femmes se trouvent placées.

§ II. — Causes et siége de la maladie.

On comprend combien de causes différentes on a dû assigner à cette maladie si complexe dans l'ancienne manière de voir. Je ne saurais présenter ici que celles qui se rattachent spécialement à la leucorrhée telle que je l'ai définie, et, pour cela, le mémoire de M. Marc d'Espine me sera de la plus grande utilité.

1° Causes prédisposantes.

Age. J'ai dit, en parlant de la vaginite et de la vulvite, que l'on observait assez souvent chez des enfants très jeunes et même chez des filles nouvellement nées, un écoulement plus ou moins épais et abondant; mais après avoir examiné les faits, j'ai cru devoir rattacher cet écoulement à la vaginite, et surtout à la vulvite provoquée par diverses causes excitantes. Dans les observations recueillies par M. Brierre de Boismont (1), on voit que l'affection à laquelle il est permis de donner le nom de leucorrhée ne s'est pas montrée avant l'âge de huit ans, et c'est là un fait qui vient à l'appui de la distinction que j'ai établie plus haut.

Il n'est pas rare de voir la leucorrhée s'établir avant l'âge où commence la menstruation ; Blatin, MM. Marc d'Espine et Brierre de Boismont ont fait à ce sujet des relevés statistiques. D'après le premier, 15 femmes sur 135 seraient dans ce cas (1/9ᵉ); d'après le second, il y eut 26 femmes sur 53 (la moitié) qui furent affectées avant la première époque menstruelle, et dans les cas recueillis par M. Brierre de Boismont la proportion n'est que de *un peu plus du quart*. Ces chiffres sont si différents, qu'on ne peut pas en tirer de conclusion rigoureuse, et qu'il faut nécessairement faire appel à des recherches très étendues. Ce qui, ainsi que le fait remarquer M. Marc d'Espine, est une cause inévitable de la variation des résultats obtenus, c'est que les observations n'ont pas été prises dans les mêmes lieux, et que les influences auxquelles les femmes étaient sujettes se trouvaient par conséquent différentes. Peut-être aussi faut-il ajouter que dans des questions aussi

(1) *De la menstruation considérée dans ses rapports physiol. et pathologiques*. Paris, 1842, chap. XIII, *Des flueurs blanches*, etc.

difficiles, un peu plus ou un peu moins de précision et de sévérité dans l'interrogatoire doit avoir une grande influence sur le résultat.

Les mêmes motifs ont fait nécessairement varier les chiffres obtenus par ces trois auteurs dans leurs recherches sur l'apparition de la leucorrhée pendant et après la période menstruelle : ainsi, tandis que Blatin trouve que 106 femmes sur 135 (7/9es) ont vu apparaître la leucorrhée pendant la période limitée par la première menstruation et l'*âge critique*, M. d'Espine en trouve seulement 18 sur 53 (1/3); et quant à M. Brierre de Boismont, il m'a été impossible de suivre ses chiffres, car il compte 248 femmes qui auraient vu paraître l'écoulement leucorrhéique après les règles, ce qui, joint aux 63 cas précédemment cités, et dans lesquels cet écoulement a précédé la menstruation, dépasse de beaucoup le nombre total de ses observations, qui est de 273.

Je n'ai cité ces détails, qui ne peuvent, quant à présent, nous conduire à aucune conclusion positive, que pour montrer tout ce qui reste encore à faire sur ce sujet difficile, et combien on serait peu fondé à émettre une opinion d'après de simples impressions générales, lorsque des recherches rigoureuses ont eu un résultat si peu satisfaisant. On comprendra bien mieux encore la vérité de cette proposition lorsqu'on saura que les auteurs que je viens de citer n'ont, pas plus que leurs devanciers, tenu compte des distinctions que j'ai établies plus haut, quand j'ai voulu déterminer exactement ce qu'on doit entendre par ce mot *leucorrhée*, et ont parlé indifféremment d'écoulements chroniques, qui, d'après toutes les considérations dans lesquelles je suis entré, doivent être regardés comme de nature diverse.

Tempérament. Si l'on voulait s'en rapporter simplement à l'opinion générale, rien ne serait plus facile que de se prononcer sur l'influence du tempérament. C'est une croyance, en effet, presque universellement répandue, que le tempérament lymphatique est la condition la plus favorable à l'apparition des flueurs blanches, et l'on trouve affirmé dans presque tous les auteurs que les femmes blondes, à peau blanche et fine, ayant une certaine bouffissure des tissus, sont de beaucoup les plus sujettes à cette affection ; mais déjà nous avons vu dans l'histoire des *scrofules* (1) avec quelle réserve il faut accepter de semblables affirmations lorsqu'elles ne sont pas appuyées sur une analyse numérique des faits. Nous en trouvons ici une nouvelle preuve. Blatin, qui avait senti la nécessité de s'appuyer sur cette base, n'a pas pu déterminer l'influence du tempérament, parce que, même dans les observations de ceux dont les opinions étaient le plus arrêtées, il n'a pas trouvé des documents suffisants sur ce point, et M. d'Espine, analysant les faits, a vu que le plus grand nombre des femmes observées à Paris avaient les cheveux châtains et les yeux bleus, que d'autres avaient des nuances plus foncées, et que le nombre proportionnel de ces femmes était en rapport direct avec celui que présente la population tout entière, relativement aux attributs du tempérament. M. Brierre de Boismont se contente de dire que les deux tiers des 63 jeunes filles leucorrhéiques avant la menstruation « étaient blondes, nées dans les villes ou à Paris, » et que « celles de la campagne étaient, en général, lymphatiques ou scrofuleuses ; » mais, ajoute-t-il, « il y en avait dans le nombre dont la constitution était forte. » Que conclure encore de ces faits ? Rien évidemment. M. Brierre de

(1) Voy. t. II.

Boismont n'est pas, malheureusement, entré dans d'assez grands détails, et M. d'Espine observait à l'hôpital des Vénériens, où les conditions étaient peu favorables relativement au point qui nous occupe. C'est encore là un exemple de la difficulté de ces recherches, qu'on fait néanmoins très souvent avec la plus grande légèreté.

Constitution. Même remarque à propos de la constitution. M. Marc d'Espine a vu prédominer la constitution robuste. L'opinion générale est, au contraire, que la constitution naturellement faible, ou débilitée par les maladies antérieures, est la plus sujette à la leucorrhée.

Climat. Le mémoire de M. Marc d'Espine nous fournit un renseignement important sur l'influence du climat. Cet auteur a comparé sous ce rapport ses observations avec celles qui lui ont été communiquées par un observateur distingué, M. Girard, de Marseille, et il a vu que le tiers seulement des femmes observées à Paris n'avaient jamais été sujettes aux flueurs blanches, tandis que les trois quarts des femmes interrogées à Marseille se trouvaient dans cette condition favorable. Il est à désirer que les recherches de ce genre se multiplient; car tout ce que nous pourrions tirer de la lecture de presque tous les autres auteurs, c'est que les climats froids et humides prédisposent à la leucorrhée, ce qui est le résultat d'une observation générale, mais ce qu'il serait utile de préciser à l'aide des faits.

Séjour dans les villes ou dans les campagnes. Le séjour dans les villes est universellement regardé comme favorable à la production des flueurs blanches, tandis que le séjour dans les campagnes serait presque un préservatif. M. Brierre de Boismont, qui a recueilli et analysé beaucoup de faits, a confirmé par ses observations la manière de voir générale. Il serait néanmoins à désirer que de nouveaux faits vinssent nous apprendre quelle est la part de chacune des causes qui, dans le séjour des villes, peuvent avoir leur degré d'influence : tels sont la *vie sédentaire*, les *passions tristes*, l'*abus du coït*, les *excès dans le régime*, etc., circonstances qui ont été toutes signalées, mais sans preuves qui puissent satisfaire un esprit sévère.

Nous n'avons rien de précis sur l'influence de l'*alimentation habituelle ;* tout ce qu'on a dit relativement à l'usage du lait, du thé, du café au lait surtout, etc., est fondé sur des appréciations vagues, qui pourraient bien n'être que des erreurs. Quelques auteurs, et entre autres, dans ces derniers temps, M. Lagneau (1) et Lisfranc (2), disent, il est vrai, qu'on peut produire ou suspendre à volonté la leucorrhée, en faisant prendre du café au lait aux femmes, ou en leur interdisant cet aliment ; mais ils n'ont pas donné les détails de ces expériences, et il existe trop de causes d'erreur pour qu'on puisse admettre ces assertions comme des faits démontrés.

Les mêmes réflexions s'appliquent à l'*usage des vêtements trop serrés*, et surtout des *corsets.* On n'a pas réfléchi que si le séjour des villes a une influence réelle, il est tout naturel que les femmes qui portent les vêtements dont il s'agit soient principalement affectées, puisque c'est dans les villes qu'on se vêt généralement ainsi. Rien n'est moins logique que la manière dont ces questions sont étudiées par presque tous les auteurs.

(1) *Dict. de méd.*, art. LEUCORRHÉE.
(2) *Clin. chir. de l'hôpital de la Pitié*, t. II, art. LEUCORRHÉE.

Qui ne voit également qu'on ne peut arriver à reconnaître l'influence réelle de l'*hérédité*, si l'on n'a pas égard en même temps aux autres causes qui ont pu agir, et si l'on se contente de demander aux femmes si leur mère était affligée de la même indisposition ? Aussi, ces précautions n'ayant pas été prises, n'avons-nous aucun renseignement précis sur ce point.

2° Causes occasionnelles.

Si, comme je le pense, la définition que j'ai donnée plus haut doit être définitivement adoptée pour faire cesser toute confusion, nous n'avons guère à signaler de causes occasionnelles dont l'existence soit bien démontrée. Si, en effet, on examine celles qui ont été signalées par les auteurs, on voit qu'elles ont produit, non une véritable leucorrhée, mais une vaginite, un catarrhe utérin dans lesquels il existe un certain degré d'inflammation, et qui ne sont pas entièrement constitués par l'écoulement. Je ne citerai pour exemple que l'action des corps étrangers, comme les pessaires, l'excitation répétée des organes génitaux, l'avortement, etc.

Parmi les causes occasionnelles dont il importe de dire un mot ici, il n'en est aucune qui mérite plus de fixer notre attention que l'*apparition des règles*. Des femmes affectées de leucorrhée, il en est bien peu qui ne voient les flueurs blanches augmenter un certain nombre de jours avant et après les règles, et il en est beaucoup qui n'ont leur écoulement muqueux qu'aux époques que je viens d'indiquer. M. Brierre de Boismont a noté que plus de la moitié des femmes chez lesquelles il a trouvé la leucorrhée établie après la première apparition des règles étaient dans ce dernier cas. De nouvelles recherches sur un nombre considérable de faits sont sans doute nécessaires pour qu'on puisse connaître d'une manière précise la proportion réelle; mais ce résultat, obtenu par M. Brierre de Boismont, prouve du moins que l'éruption des règles a une très grande influence sur l'écoulement muqueux qui constitue la leucorrhée.

On a signalé des leucorrhées *supplémentaires* remplaçant divers flux sanguins ou autres, tels que les hémorrhoïdes, les règles elles-mêmes, les exutoires supprimés, etc. Il reste encore beaucoup de doutes sur l'exactitude de ces observations. Pour arriver à un résultat précis sur ce point, il faudrait les recherches les plus exactes et les plus nombreuses, et surtout il faudrait cesser de confondre les inflammations chroniques avec le simple flux muqueux. Il est certain néanmoins que dans un bon nombre de cas on voit, après la suppression des règles, s'établir des flueurs blanches, qui deviennent plus abondantes aux époques où les menstrues devraient apparaître, ce qui annonce une certaine congestion des organes génitaux.

Enfin on a parlé de *leucorrhées épidémiques*. On cite en particulier celles qu'ont fait connaître Morgagni et Bassius (1) ; mais on se demande si, par suite de causes générales, et surtout des variations atmosphériques, il ne serait pas survenu, en pareil cas, un nombre considérable de vaginites, plutôt que de véritables leucorrhées. C'est ce qui eut sans doute lieu dans les circonstances suivantes, mentionnées par M. Troussel (2) : « C'est ainsi, dit cet auteur, qu'à une certaine époque,

(1) *Obs. anat. chir. med.* Halle, 1731.
(2) *Des écoulements particuliers aux femmes.* Paris, 1842.

à Paris, quand le pont des Arts fut achevé, il devint de mode d'en faire un lieu de promenade et de réunion ; les dames vinrent s'y asseoir, comme dans nos jardins publics, après le coucher du soleil ; aussi furent-elles atteintes par l'air frais et humide du fleuve, qui occasionna une espèce d'épidémie de leucorrhée. » J'ai cité cet exemple pour prouver combien il est nécessaire d'apporter dans le langage une plus grande précision qu'on ne l'a fait jusqu'ici, et en même temps pour montrer ce que l'on a entendu jusqu'à présent par le mot de leucorrhée. M. Troussel, en effet, n'hésite pas à regarder les leucorrhées dont il vient d'être question comme de véritables inflammations de la muqueuse des parties génitales.

§ III. — Symptômes.

La leucorrhée restreinte, dans les limites que nous lui avons assignées, ne présente pas un grand nombre de symptômes ; cependant il est sous ce rapport quelques considérations qui ne sont pas sans intérêt.

On ne saurait admettre, avec les auteurs, qu'une douleur réelle des parties génitales est un symptôme de la maladie dont il s'agit ; c'est surtout dans ce qu'ils ont appelé la leucorrhée aiguë qu'ils ont constaté l'existence de la douleur ; mais nous avons vu qu'on ne peut pas admettre l'existence d'une leucorrhée aiguë. Tout dépend donc de la manière de comprendre la maladie, et c'est précisément pourquoi je reviens si souvent sur ce point. Lorsque les flueurs blanches sont très abondantes, les parties génitales externes, qui sont constamment baignées par le liquide excrété peuvent s'irriter, s'excorier même ; mais ce sont là des conséquences et non de véritables symptômes de la maladie, ainsi que la douleur qui en résulte.

La *matière de l'écoulement* est sans contredit ce qu'il importe le plus d'étudier. Suivant M. d'Espine, qui a examiné plusieurs fois par jour les femmes au spéculum, et qui nous a donné sur ce point les seuls renseignements dont on doive faire usage si l'on ne veut pas s'exposer à l'erreur, il importe beaucoup de distinguer la matière qui sort de l'utérus de celle qui provient du vagin. L'exploration telle que l'a pratiquée ce médecin est donc indispensable. Voici les résultats auxquels M. d'Espine est parvenu (1).

Écoulement utérin. « Sur 75 explorations spéculaires où l'orifice du col s'est trouvé parfaitement sain, l'écoulement utérin a présenté les formes suivantes :

Écoulement aqueux.	7 fois.
Écoulement albumineux transparent	28 fois.
Écoulement albumineux demi-transparent; strié de gris, de blanc ou de jaune.	13 fois.
Écoulement opaque (blanc, deux fois ; jaune, une fois). . . .	3 fois.
Écoulement albumineux sans autre indication	2 fois.
Quelques gouttes de sang, huit jours après les règles. . . .	1 fois. (2).

» Sur 52 explorations spéculaires où l'orifice du col était entouré d'un cercle rose rouge plus foncé que le reste de la muqueuse, mais nullement vif ni saignant,

(1) *Loc. cit.*, p. 176.

(2) Je passe sous silence, parmi les cas rapportés par M. d'Espine, ceux où il n'y avait pas d'écoulement, car pour nous ils n'ont pas d'intérêt actuel.

et sans granulations ni érosions, l'écoulement utérin a présenté les formes suivantes :

Écoulement aqueux.	3 fois.
Écoulement albumineux demi-transparent, dont deux striés de jaune et deux de blanc.	14 fois.
Écoulement opaque (deux blancs, deux jaunes).	5 fois.
Écoulement albumineux sans autre indication.	5 fois. »

Sur 9 autres explorations dans les mêmes circonstances, il n'y a eu qu'un écoulement aqueux et un albumineux transparent. Sur 27 autres où le col était entouré d'un *rouge grenu*, l'écoulement aqueux n'existait qu'une fois, et l'écoulement albumineux cinq fois ; et enfin, sur 30 autres où le col était rouge et érodé, l'écoulement aqueux se montrait également une fois, et l'écoulement albumineux transparent huit.

J'ai cru devoir citer ces faits avec quelques détails, parce que les conclusions qu'on doit en tirer ont la plus grande importance. Il résulte, en effet, de ces observations, que l'*écoulement aqueux* et l'écoulement de matière filante, transparente, semblable à du blanc d'œuf, l'écoulement albumineux, en un mot, se remarquent dans la moitié des cas où l'orifice est complétement sain, et qu'à mesure qu'on voit des lésions plus ou moins marquées, depuis la simple rougeur jusqu'à l'érosion, se manifester sur l'organe, l'écoulement prend un aspect purulent.

Il y a donc un écoulement utérin assez abondant pour incommoder les femmes, car M. d'Espine ne parle que de ceux-là, qui consiste dans la sécrétion d'un liquide, soit coulant comme de l'eau (écoulement aqueux), soit semblable à du blanc d'œuf. Or tout porte à penser que ce sont là les deux seules formes d'écoulement qu'on doive regarder comme des écoulements muqueux et comme constituant uniquement la leucorrhée et ces faits répondent à ceux qui voudraient voir toujours, dans cette maladie, autre chose qu'une simple lésion de sécrétion; car que peut-on trouver, dans les cas dont il s'agit, de plus qu'une augmentation notable du mucus sécrété à l'état normal ?

Je ne me dissimule pas qu'on peut élever quelques objections contre cette manière de voir. Ainsi on peut faire remarquer que dans des cas où il y avait des lésions évidentes du col, l'écoulement a néanmoins conservé les caractères qui viennent d'être indiqués. Mais rien ne prouve que, dans ces cas, l'écoulement fût une conséquence de ces lésions. On conçoit très bien, en effet, que la rougeur, des granulations et même des érosions puissent exister sur les lèvres du col sans pénétrer dans sa cavité où se fait la sécrétion dont il s'agit ici, et on le peut d'autant plus qu'à mesure que nous voyons ces lésions augmenter, et que, par conséquent, il devient de plus en plus probable qu'elles s'étendent à la cavité, l'écoulement se strie de jaune, de blanc, devient opaque et d'aspect purulent.

On pourrait, en outre, objecter que, dans certains cas, le col, conservant un aspect parfaitement sain, l'écoulement est cependant puriforme ; mais on peut répondre encore de la même manière, car c'est dans la partie inaccessible à l'exploration que se produit principalement la sécrétion dont il s'agit. Remarquons d'ailleurs que ces cas sont de beaucoup les plus rares.

Écoulement vaginal. Si maintenant nous examinons l'écoulement vaginal, nous

obtenons des résultats semblables. Lorsque la muqueuse est pâle ou rose, qu'elle a l'aspect sain, la matière de l'écoulement est, dans plus des deux tiers des cas, *blanc crémeux* ou *caséeux*, et à mesure que cette membrane paraît enflammée, il prend l'aspect puriforme.

L'écoulement propre à la leucorrhée est donc pour l'utérus l'écoulement aqueux et albumineux, et pour le vagin l'écoulement crémeux ou caséeux.

En examinant le linge des malades, on trouve des *taches* plus ou moins nombreuses et plus ou moins étendues, suivant l'abondance de l'écoulement. Ces taches sont grisâtres, semblables aux taches spermatiques; elles donnent au linge une consistance empesée lorsqu'elles sont sèches. On voit que j'exclus les taches jaunes et verdâtres, qui annoncent une sécrétion purulente; j'en ai trop de fois donné la raison pour y revenir ici.

Il résulte de ce qui précède que la leucorrhée peut être divisée en *utérine* et *vaginale;* mais il est rare que l'écoulement qui constitue l'une ou l'autre se montre isolé, et souvent les deux liquides se confondent si bien dans le vagin, que la nature de celui qui est produit par les parois de ce conduit est difficile à saisir.

Je n'ai pas autre chose à dire de l'aspect des parties qui sont le siége de la maladie. Les éruptions, les excoriations de la vulve, lorsque l'écoulement est très abondant, ne sont, comme je l'ai dit plus haut, que de simples conséquences de l'affection.

Symptômes généraux. Les symptômes généraux de la leucorrhée sont en rapport direct, et avec l'abondance de la perte, et avec sa durée. Ainsi, lorsque la perte est peu abondante, et surtout lorsqu'elle ne se produit qu'aux époques menstruelles, la santé générale peut rester intacte. Si, au contraire, l'écoulement est très abondant, et surtout s'il existe depuis longtemps, on observe l'état suivant : Les femmes sont languissantes et se fatiguent aisément. La face pâlit, et devient même terne lorsque le mal est à son plus haut degré. En même temps les chairs sont molles et flasques; il y a un certain degré d'amaigrissement dû non seulement à la perte muqueuse, mais encore au trouble des fonctions digestives dont je vais parler tout à l'heure.

Les malades sont, en outre, sujettes à des accidents nerveux très variés. Elles sont ordinairement très irritables, éprouvent une gêne plus ou moins marquée de la respiration, parfois même des palpitations. Il en est qui sont sujettes à la céphalalgie.

Du côté de l'estomac, on observe des phénomènes importants qui appartiennent à la *gastralgie*, et dont j'ai déjà dit quelques mots en parlant de cette maladie (1). Ce sont des douleurs plus ou moins vives à l'épigastre, des tiraillements, l'appétit diminué et parfois augmenté, des goûts bizarres, etc. Les malades sont également sujettes aux douleurs intestinales; elles ont fréquemment des borborygmes, de la constipation; en un mot, les signes si divers de l'*entéralgie* se font remarquer. J'ai suffisamment insisté, en parlant de la gastralgie, sur la nécessité de s'assurer si cette maladie n'est pas due à la leucorrhée; il me suffit donc de rappeler ici cette recommandation.

M. Brierre de Boismont a cité un grand nombre de faits qui prouvent le *rap-*

(1) Voy. t. II, *Maladies de l'estomac*.

port qui existe entre les flueurs blanches et la menstruation. Il a trouvé que, chez les femmes qui ont présenté la leucorrhée avant la première menstruation, celle-ci avait été en général retardée, et que, chez un grand nombre, la leucorrhée coïncidait avec des règles irrégulières, pénibles, et parfois avec leur suppression. Il resterait maintenant à indiquer d'une manière précise quelle est l'influence réciproque de la menstruation et des flueurs blanches.

Enfin, on a constaté qu'un certain nombre de femmes affectées de leucorrhée devenaient *anémiques* ou *chlorotiques;* mais il faudrait de nouvelles recherches pour savoir si, en pareil cas, on doit attribuer à la leucorrhée l'anémie ou la chlorose, s'il ne faut en accuser que les troubles de la menstruation, ou bien s'il faut voir dans la leucorrhée, l'anémie, la chlorose et les troubles de la menstruation, autant de phénomènes morbides sous la dépendance d'un état général préexistant. Ce n'est qu'en se posant ainsi des problèmes bien définis, et en comprenant toutes les difficultés de leur solution, qu'on fera faire des progrès réels à la science.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Nous pouvons dire, d'après ce qui précède, que la maladie a une *marche* essentiellement chronique. Dans les cas non douteux, elle s'établit insensiblement, arrive par degrés à son summum, et persiste ensuite avec des variations plus ou moins grandes, suivant des circonstances très diverses, parmi lesquelles, comme je l'ai déjà dit, il faut particulièrement signaler la menstruation, qui augmente la quantité du flux muqueux. J'ai également parlé de la *marche intermittente* qu'affecte souvent la leucorrhée. Elle se manifeste deux, trois, quatre jours avant les règles, et plus encore; puis elle est masquée par l'écoulement sanguin, et s'observe de nouveau un nombre de jours à peu près égal après l'écoulement menstruel. Il est rare que l'apparition du flux muqueux n'ait lieu qu'avant ou qu'après les règles seulement. Cependant on en voit quelquefois des exemples.

La *durée* de cette affection est illimitée. Néanmoins il n'est pas très rare, d'après les auteurs, de la voir cesser après l'époque critique; mais c'est un point qui exige de nouvelles recherches.

Bien que les symptômes généraux décrits plus haut puissent devenir assez graves, il n'est pas d'exemple de *terminaison* funeste occasionnée par la leucorrhée. Seulement l'affaiblissement, la détérioration de la constitution dans laquelle les femmes se trouvent par suite de pertes abondantes et de longue durée, les placent dans de fâcheuses conditions pour résister aux maladies qui peuvent survenir.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

D'après la manière dont nous avons compris la leucorrhée, nous ne saurions trouver aucune difficulté dans le diagnostic du plus grand nombre des cas. Si la perte s'est produite lentement, sans signes d'inflammation, si elle a persisté longtemps; si, à l'examen à l'aide du spéculum, *qui est toujours nécessaire*, on trouve le vagin et le col à l'état sain, et en même temps, soit un écoulement aqueux ou albumineux venant de l'utérus, soit un écoulement blanc crémeux produit par la muqueuse vaginale, soit l'un et l'autre, ce qui est plus fréquent, on ne peut douter qu'il n'y ait une simple leucorrhée.

Si les écoulements que je viens d'indiquer existent avec des lésions du col ou de la muqueuse vaginale, ce qu'on ne voit que dans une faible minorité des cas, on a bien des motifs de regarder encore la maladie comme une simple leucorrhée, et les lésions comme des complications.

Si, au contraire, l'écoulement est puriforme, il faut le considérer comme inflammatoire, et voir dans la maladie une vaginite; car rien, dans l'état actuel de la science, ne nous autorise à penser que le pus ou le muco-pus puisse se former en l'absence de toute inflammation.

Il est un point qui, au premier abord, paraît plus difficile à décider. Une femme a eu une vaginite ou une blennorrhagie bien évidente; au bout d'un certain temps, l'écoulement passe à l'état chronique et finit même par prendre l'aspect dont j'ai parlé plus haut. Doit-on voir, dans un cas pareil, une prolongation de l'inflammation, et alors même que l'écoulement est albumineux ou crémeux et que les parties sont à l'état normal, faut-il considérer l'affection comme une vaginite chronique? Sans doute lorsque la maladie est, pour ainsi dire, sur la limite d'un état à l'autre, on peut être embarrassé. Mais lorsque l'écoulement muqueux est bien établi, on ne saurait hésiter à regarder la maladie comme une simple leucorrhée. Une pareille transformation, due sans doute à la longue habitude d'une sécrétion anormale, n'a rien, en effet, qu'on ne puisse facilement comprendre.

La distinction des écoulements vaginaux d'avec ceux qui viennent de la cavité utérine est pour la pratique d'une importance incontestable. Pour arriver à ce diagnostic différentiel, sans recourir au spéculum, dont l'emploi peut rencontrer de vives résistances, le docteur Reclam (1) a étudié comparativement les *taches* produites sur le linge par le mucus vaginal et par le mucus utérin. Voici le résultat de ses recherches : Le *produit de sécrétion de l'utérus* est vitreux; il est épais, gélatiniforme, filant; il colle au doigt et montre à l'examen microscopique un grand nombre de ces corps qu'on décrivait jusqu'à ce jour sous le nom de *globules muqueux*. Le *mucus vaginal* est plus opaque, plus fluide; il est blanc (excepté pendant les règles), crémeux; le microscope y fait découvrir non seulement une grande quantité de cellules épithéliales, mais encore de petits lambeaux de membrane muqueuse; quelquefois même on aperçoit ces lambeaux à l'œil nu. L'odeur ordinaire et bien connue de ce mucus est elle-même changée et devenue semblable à celle du savon blanc. Les *taches* produites sur le linge *par le mucus utérin* sont dures, arrondies pour la plupart, brillantes (comme des taches de gomme arabique sur du papier), légèrement grisâtres ou rougeâtres. Les *taches* faites par le *mucus vaginal* ressemblent plutôt à celles que produit l'écoulement lochial vers la fin des couches; elles sont larges, mal circonscrites, n'ont généralement pas de brillant et sont toujours d'un gris sale ou brunâtre.

Ces signes caractéristiques cessent de pouvoir être appréciés avec quelque exactitude dans le cas où la malade se livre à un exercice considérable, dans celui où le linge qu'on examine a été porté pendant plus d'un ou de deux jours au plus, etc.

Je n'ai rien à ajouter, relativement au *pronostic* considéré d'une manière générale, à ce que j'ai dit plus haut à propos de la terminaison de la maladie. Je me

(1) *Neue Zeitung für Medicin und medicinal-Reform*. Nordhausen, novembre 1848.

bornerai à dire ici que plus la maladie a duré, moins on a de chances de la faire disparaître, et que lorsque la constitution paraît détériorée, que l'écoulement par conséquent est continu et abondant, on a de grands motifs de craindre que les traitements les plus actifs n'échouent.

§ VI. — Traitement.

Le traitement de la leucorrhée devait nécessairement se ressentir du peu de précision avec laquelle on a défini la maladie. Aussi peut-on dire que c'est un véritable chaos. Dans les descriptions des auteurs, rien qui s'applique à un état déterminé ; tantôt il s'agit de blennorrhagies aiguës ou chroniques ; tantôt de vaginites par excitation directe ; tantôt de véritables flux muqueux, sans que le plus souvent il soit possible de savoir ce qui s'applique à l'un ou à l'autre de ces divers états. C'est surtout au point de vue thérapeutique qu'il est absolument nécessaire que de nouvelles recherches soient faites et qu'on établisse bien la distinction des divers cas.

Considéré d'une manière générale, le traitement de la leucorrhée est différent suivant l'intensité et la durée de la maladie. Ainsi, lorsque la maladie est légère, on se contente d'un traitement local qui consiste dans des *injections astringentes* (avec le *sulfate de zinc*, l'*acétate de plomb*, la *noix de galle*, le *tannin*, etc.). Lorsque, au contraire, l'affection dure depuis longtemps, que l'écoulement est abondant, et que les malades sont notablement débilitées, on a recours en même temps à un traitement général où figurent les *toniques*, les *amers*, les *ferrugineux*.

Cela posé, présentons quelques moyens particuliers dont l'application peut être utile.

Toniques. Le *quinquina* est de tous les toniques celui dont on fait le plus fréquent usage ; on le donne seul ou associé à d'autres substances. Voici la formule conseillée par le docteur Formey (1) :

℞ Alun	ãã 2 gram.
Fleurs de sel ammoniacal martiales	
Extrait de quinquina préparé à froid	
Poudre aromatique	
Huile de cannelle	12 gouttes.

F. s. a. des pilules de 0,10 grammes.
Dose : de cinq à dix, matin et soir.

Tissot recommandait une préparation dont le quinquina fait partie, et qu'il désignait sous le nom d'*électuaire antileucorrhéen*. En voici la formule :

℞ Poudre de quinquina	15 gram.	Poudre de cachou	4 gram.
— de macis	4 gram.		

Mêlez et incorporez dans :

Électuaire de roses rouges	45 gram.	Essence de cannelle	2 gouttes.
— de romarin	15 gram.		

Ajoutez :

Sirop d'épicarpes d'oranges .... Q. s.

Dose : quatre grammes matin et soir.

(1) Voy. Most, *Encykl.*, t. II.

Un *régime* substantiel, l'usage du vin de Bordeaux en petite quantité favorise le traitement tonique.

Ferrugineux. Je n'indiquerai pas ici les nombreuses préparations ferrugineuses mises en usage. La *limaille de fer*, le *carbonate*, le *sulfate*, etc., ont été tour à tour employés, sans que les expériences aient été faites de manière à nous apprendre si un de ces moyens réussit mieux que les autres.

Le *sirop chalybé* de Willis a joui d'une assez grande réputation; il est préparé comme il suit :

♃ Sulfate de fer.................. 1 partie.

Dissolvez dans :

Eau bouillante................. 8 parties.

Filtrez, et faites fondre dans le liquide :

Sucre blanc............ 16 parties. | Gomme arabique en poudre. 2 parties.

Dose : de 30 à 60 grammes par jour.

Balsamiques. On a beaucoup vanté l'efficacité de divers baumes, comme le *copahu*, les *baumes du Pérou*, de *Tolu*, la *térébenthine de Venise.* Walsh associait cette dernière substance au fer et à d'autres médicaments, dans les pilules suivantes qui ont eu de la célébrité :

♃ Térébenthine de Venise.. } ãã 8 gram.
Extrait de gentiane..... }
| Gomme kino.......... } ãã 6 gram.
| Sulfate de fer......... }

Mêlez. Faites des pilules de 0,10 grammes. Dose : quinze, trois fois par jour.

Le *baume de copahu* s'emploie de la manière qui a été indiquée à l'article *Blennorrhée.* Lorsque l'estomac ne peut pas le supporter, on a conseillé de mettre en usage le *suppositoire* suivant :

♃ Baume de copahu solidifié. } ãã 4 gram.
Beurre de cacao........ }
| Extrait d'opium......... 0,02 gram.

Employer ce suppositoire matin et soir.

Les baumes du Pérou et de Tolu sont employés à des doses variables que le médecin fixe suivant les cas. Le docteur Lhéritier (1) a beaucoup vanté l'emploi du *styrax* qu'il prescrit, soit en *pilules*, soit sous forme de *sirop*, ainsi qu'il suit :

Pilules de styrax.

♃ Styrax purifié............. 30 gram. | Poudre de réglisse.......... Q. s.

Mêlez. Faites des pilules de 0,40 grammes. Dose : d'abord trois, puis progressivement jusqu'à six, matin et soir.

Sirop de styrax.

♃ Styrax liquide.................... 60 gram.

Faites digérer pendant douze heures dans :

Eau simple......................... 1000 gram.

Passez, filtrez et faites fondre :

Sucre............................. 2000 gram.

Dose : de quatre à six cuillerées par jour.

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1832.

Poivre cubèbe. L'administration du poivre cubèbe ne présente rien qui n'ait été suffisamment indiqué aux articles *Blennorrhagie* et *Blennorrhée;* il serait inutile d'y revenir ici.

Iode. L'opinion que les flueurs blanches attaquent principalement les femmes d'un tempérament lymphatique a dû nécessairement engager à avoir recours à l'iode. Aussi bon nombre d'auteurs ont-ils préconisé ce médicament; on peut voir à l'article *Scrofules* (t. II) comment il convient de l'administrer. Je me contenterai d'indiquer ici quelques préparations spécialement dirigées contre la maladie qui nous occupe. M. Pierquin a vanté l'efficacité de la *teinture d'hydriodate de fer* dont voici la formule :

℞ Iodure de fer	8 gram.	Eau pure	64 gram.
Alcool rectifié	64 gram.		

Dose : *quinze* ou *vingt gouttes* dans la journée, dans une infusion de saponaire, de tilleul, etc.

Le même auteur recommande les *tablettes d'hydriodate de fer* préparées ainsi qu'il suit :

℞ Hydriodate de fer	4 gram.	Sucre pulvérisé	250 gram.
Safran pulvérisé	16 gram.	Mucilage de gomme adragant	Q. s.

Faites deux cent quarante tablettes. Dose : de *huit à dix par jour.*

Seigle ergoté. L'action spéciale du seigle ergoté sur l'utérus a engagé à le mettre en usage contre les flueurs blanches, et l'on a cité des cas où il a été prescrit avec succès. Le docteur Dufresnois vante l'efficacité de l'élixir suivant :

℞ Seigle ergoté bien sec	16 gram.	Essence de menthe	4 gouttes.
Alcool à 25 degrés	120 gram.	Eau pure	Q. s.
Sucre blanc	120 gram.		

Faites macérer le seigle ergoté dans l'alcool pendant dix-huit heures; filtrez et mettez cette teinture de côté. Ensuite faites bouillir deux fois le résidu resté sur le filtre, et collez. Réduisez les colatures à 240 grammes, au bain-marie; faites dissoudre le sucre, et laissez refroidir. Ajoutez alors la teinture alcoolique d'abord obtenue, et l'essence de menthe. Mêlez, filtrez et conservez pour l'usage. Dose : *trois cuillerées* par jour.

J'ai cité cette formule parce qu'elle a à la fois une action tonique et l'action spéciale du seigle ergoté. Mais le plus souvent on emploie l'ergot de seigle seul, comme dans la métrorrhagie où nous le retrouverons.

La *sabine*, qui a également une action spéciale bien connue, a été aussi mise en usage, surtout dans les cas où les règles sont supprimées, et où les flueurs blanches paraissent les avoir remplacées.

Wedekind en avait déjà fait connaître les avantages en pareil cas; Gunther et Sauter imitèrent cette pratique, et il y a quelques années M. Aran (1) a fait connaître des observations de M. Fantonetti (2) qui démontrent les bons effets de cette substance.

On administre la poudre en pilules à la dose de 30 à 50 centigrammes, rarement plus, trois fois par jour. Son action est très prompte.

(1) *Gaz. des hôp.*, décembre 1845.
(2) *Annal. univ. di medicina.*

On a aussi prescrit la préparation suivante :

℞ Sabine..................	8 gram.	Extrait aqueux d'aloès.....	1,25 gram.
Fer en poudre............	4 gram.	Mucilage de gomme adragant	1,50 gram.

Mêlez. Faites des pilules de 0,10 grammes. Dose : de trois à quatre, deux ou trois fois par jour.

Enfin, je pourrais citer les *astringents*, comme l'*alun*, l'*acétate de plomb*, le *tannin*, l'*extrait de ratanhia*, la *décoction de racine d'aunée* recommandée par Delens, qui a cité à l'appui un cas peu concluant, parce que l'état de la malade n'est pas suffisamment décrit ; l'infusion de *busserole*, de *millefeuille ;* l'*acide hydrochlorique ;* le *colchique*, la *noix vomique ;* la *ciguë*, qui a sans doute été prescrite dans des cas où l'écoulement était dû à une affection organique, etc. On n'en finirait pas si l'on voulait donner la liste complète des médicaments proposés, et malheureusement le plus souvent sans que leur degré d'action puisse être suffisamment apprécié. C'est pourquoi je me contenterai de citer, avant de passer au traitement local, la formule suivante proposée par Rust, et qui contient des substances de nature très diverse :

℞ Bol d'Arménie..........	ââ 24 gram.	Oléo-saccharum de macis..	24 gram.
Hydrochlorate de magnésie.		Rhubarbe en poudre.....	1,25 gram.

Mêlez. Faites une poudre. Dose : une cuillerée à thé, trois fois par jour.

Traitement local. En même temps qu'on fait prendre ces remèdes à l'intérieur, on prescrit généralement un traitement local plus ou moins actif, et qui consiste principalement en injections avec la plupart des diverses substances qui viennent d'être passées en revue.

Injections diverses. Les injections avec 0,03 à 0,10 *grammes de nitrate d'argent par* 30 *grammes d'eau*, sont assez fréquemment mises en usage. Mais dans cette prescription les auteurs ont eu principalement en vue les blennorrhagies chroniques, en sorte qu'il serait impossible de se prononcer rigoureusement sur la valeur de ce moyen dans les cas particuliers dont nous nous occupons. Dans une communication à l'Académie des sciences (1), M. Legrand a vanté les bons effets d'une pommade au nitrate d'argent (de 1 à 5 centigrammes de sel pour 1 gramme de cérat sans eau) qu'on porte dans le vagin avec le doigt introduit dans un nouet de linge où se trouve le médicament. Rien ne prouve que ce moyen ait plus d'efficacité que les injections.

M. Nélaton se sert avec beaucoup de succès des injections avec le *sulfate de cuivre* faites comme il suit :

℞ Sulfate de cuivre......... 1 gram. | Eau..................... 400 gram.

Une injection matin et soir.

Girtanner employait la *potasse caustique* en solution de la manière suivante :

℞ Potasse caustique....... 0,30 gram. | Opium pur.............. 0,20 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau pure.......... de 300 à 600 ou 900 gram.

suivant qu'on veut agir avec plus ou moins d'activité.

(1) *Séances de l'Acad. des sciences*, 27, octobre 1846. Voy. *Union médicale*, mars 1847.
(2) *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 1er décemb. 1852.

Pringle recommandait l'injection suivante :

℞ Sulfate de zinc........... 8 gram. | Alun calciné............. 8 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau pure.................... 500 gram.

Baume de copahu. M. Taddei (1) emploie en injections, jusqu'à 150 grammes de baume de copahu uni à 260 grammes d'émulsion d'huile d'amandes douces et de gomme arabique. Il faut, pour que ces injections réussissent, que le liquide soit en contact avec toute l'étendue de la muqueuse vaginale, et par conséquent qu'elles soient faites, les malades étant couchées sur le dos, les jambes et les cuisses fléchies.

Les injections avec l'*ammoniaque étendue d'une grande quantité* d'eau (2), avec une solution de *borax*, de *sulfate de soude* (Trousseau) ; avec le *chlorure de chaux*, l'*eau de chaux*, la décoction de *noix de galle*, d'*écorce de chêne*, de *feuilles de noyer*, ont été également pratiquées ; mais j'ai déjà eu si fréquemment occasion d'en parler, à propos des autres affections des organes génitaux, et leur application présente si peu de particularités, que de plus grands détails seraient inutiles.

Le lecteur comprendra facilement pourquoi je n'insiste pas davantage sur le traitement de la leucorrhée. C'est toujours avec la plus grande réserve qu'il faut accueillir les assertions des auteurs, puisque, comme j'ai eu tant de fois occasion de le faire remarquer, ils ont parlé de cas mal déterminés, et que, d'un autre côté, ils n'ont le plus souvent donné ni l'analyse des faits sur lesquels ils se font fondés, ni même l'indication de ces faits. Il y a, on le voit, une réforme complète à faire dans l'étude de la leucorrhée, et ce n'est qu'après avoir procédé plus méthodiquement qu'on ne l'a fait jusqu'ici, qu'on pourra donner des indications vraiment utiles et précises pour le traitement, non seulement de cette affection, mais encore des divers états qu'on a confondus avec elle.

Le docteur Reclam (3), après avoir énuméré les différents moyens employés contre le catarrhe utérin, depuis les injections d'eau jusqu'au fer rouge, rejette toutes ces médications comme *maladroitement systématiques*, et en propose une qui s'adresse, selon lui, à la cause même du mal. Voici en quoi elle consiste : Étant admis « que les écoulements utérins reconnaissent pour origine un état particulier des nerfs de la matrice, c'est à ces derniers que la thérapeutique doit s'adresser. Or les nerfs de l'utérus viennent du plexus hypogastrique ; le vagin, au contraire, emprunte quelques filets aux troisième et quatrième paires sacrées. Mais, poursuit l'auteur, nonobstant cette particularité anatomique, tous les praticiens connaissent l'influence réciproque que les nerfs de la queue de cheval et les organes génitaux exercent les uns sur les autres. » Aussi a-t-il été conduit à appliquer les *moyens révulsifs* vers la partie inférieure du canal vertébral.

Nous verrons, aux articles *Dysménorrhée* et *Névralgie utérine*, la raison des succès obtenus par M. Reclam et par M. Mitchell, qui emploie, comme on va le

(1) *Bolletino delle scienze mediche di Bologna*, 1847.

(2) Mérat et Delens, *Dict. univ. de mat. méd. et de thérapeutique* ; Paris, 1829, t. I, p. 235.

(3) *Loc. cit.*

voir, la cautérisation lombaire au fer rouge dans les mêmes circonstances. J'ai signalé, en effet, la *névralgie lombo-utérine* comme une cause de leucorrhée, et c'est en guérissant la névralgie par ces moyens qui lui conviennent si bien, que ces auteurs ont guéri les écoulements utérins. Ces faits sont donc une confirmation éclatante de ce que j'avais annoncé, et nous verrons que d'autres médecins, et entre autres MM. Malgaigne et Beau, sont arrivés à des résultats analogues.

Cautère actuel. M. le docteur Mitchell (1) a guéri un grand nombre de malades affectées de *leucorrhée utérine* ou de *dysménorrhée* par l'*application du cautère actuel à la région lombaire*. Ces faits ne surprendront pas le lecteur s'il se rappelle ce que j'ai dit relativement aux douleurs névralgiques lombo-abdominales, qui simulent les maladies de l'utérus, et aux écoulements qu'elles déterminent. Depuis que j'ai fixé l'attention sur cette forme complétement méconnue de la *névralgie utérine*, les faits qui paraissent le plus inexplicables s'expliquent avec la plus grande facilité; mais M. Mitchell ne savait pas encore qu'il avait affaire uniquement à une névralgie lombo-abdominale, avec irradiation vers l'utérus, et congestion ainsi que leucorrhée consécutives; autrement il aurait vu qu'il guérissait la maladie comme on guérit les autres névralgies, en cautérisant les sources de la douleur.

Constatons néanmoins que dans ces faits, qui confirment si bien ceux que j'ai rapportés moi-même (2) et ceux que, plus tard, M. Malgaigne (3) a fait connaître, le traitement a eu un succès remarquable contre un mal regardé comme très rebelle par tous les pathologistes. Mais ce qu'il faut savoir, c'est que la *cautérisation superficielle du col lui-même* a les mêmes avantages, sans avoir les inconvénients de ces cautérisations lombaires, et que l'*incision des lèvres du col*, faite par M. Malgaigne, n'a pas moins bien fait cesser la maladie. Je reviendrai sur ces faits à propos de la *névralgie utérine*. Quant à présent, je me borne à exposer la manière d'agir de M. Mitchell.

Après avoir chauffé le bouton de cautère avec une lampe à alcool, il l'applique à coups répétés sur la peau du dos : il prolonge d'autant plus le contact, que le fer est moins chaud. Il a l'habitude de toucher les téguments de la région lombaire à douze places distinctes, quatre de chaque côté, et quatre sur les apophyses épineuses mêmes.

M. Mitchell a employé cette méthode plus de soixante-dix fois déjà dans des cas de leucorrhée utérine, d'hystérie et de dysménorrhée, se rattachant à cette affection. Plusieurs de ces malades avaient des douleurs lombaires telles qu'elles ne pouvaient marcher. Chez toutes, la leucorrhée utérine était ancienne et avait résisté à divers moyens thérapeutiques. Presque toutes ont guéri, la plupart après une seule application.

La douleur est l'élément morbide qui cède le plus rapidement à cette médication, et jamais le succès n'est plus certain que lorsque cet élément prédomine, ce dont on s'assure en pressant le museau de tanche avec le doigt. Lorsqu'il y a des granulations au col, il est quelquefois besoin de toucher celui-ci avec le nitrate d'argent; mais la douleur a déjà cédé à l'application seule du cautère actuel.

(1) *Dublin med. Presse, et Journ. des conn. méd.-chir.*, février 1847.
(2) *Bull. gén. de thérap.*
(3) *Revue méd.-chir.*

On le voit, il n'y a rien là que de confirmatif de tout ce que j'ai avancé sur les douleurs névralgiques de l'utérus simulant une affection organique.

Traitement prophylactique. Plusieurs auteurs se sont occupés du traitement prophylactique, mais ils se sont bornés à donner des conseils qui n'ont d'autre base que les opinions qu'ils s'étaient faites sur l'influence des diverses causes énumérées plus haut. Il suffit, par conséquent, de dire d'une manière générale que l'éloignement de ces causes constitue le traitement prophylactique. J'ajouterai seulement que le séjour de la campagne, l'insolation, l'usage de légers toniques, des amers, une nourriture saine et succulente, sont parmi les moyens préservatifs, ceux qu'on emploie de préférence.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement général.* Toniques; ferrugineux; balsamiques; styrax; poivre cubèbe; iode; seigle ergoté; sabine; astringents; moyens divers.

2° *Traitement local.* Injections, caustiques, astringents, révulsifs, cautère, etc.

3° *Traitement prophylactique.*

CHAPITRE III.

MALADIES DE L'UTÉRUS.

Les affections de l'utérus sont si fréquentes, et elles donnent ordinairement lieu à des symptômes si graves et si incommodes, que, depuis les premiers temps de la médecine jusqu'à nous, l'attention a été fixée sur elles d'une manière toute spéciale. Aussi trouve-t-on, dans tous les ouvrages des auteurs, tant anciens que modernes, qui ont donné des traités généraux de pathologie, des articles étendus sur les affections de la matrice. Néanmoins, il faut le dire, cette partie de la pathologie est une de celles qui ont fait les progrès les plus lents, et qui encore aujourd'hui, malgré les travaux importants qui ont paru, surtout dans ces dernières années, laissent peut-être le plus à désirer.

Il est peu surprenant que les anciens n'aient pu acquérir que des notions assez superficielles sur les maladies de la matrice; leurs moyens d'exploration étaient insuffisants. Aussi avons-nous vu, aussitôt que Récamier a eu remis en honneur, perfectionné et popularisé l'emploi du spéculum, l'étude de ces affections devenant plus facile et conduisant à des résultats plus précis, jeter de vives lumières sur beaucoup de points obscurs. C'est donc aux écrits modernes qu'il faut surtout recourir quand il s'agit de ces affections, et c'est ce que je ferai dans cet article, n'empruntant aux anciens que ce qu'ils nous auront appris sur des points particuliers qui ne pouvaient pas leur offrir les difficultés que je viens d'indiquer.

L'ordre dans lequel je traiterai les maladies de la matrice sera semblable à celui que j'ai suivi dans la description des autres organes. Ainsi, je passerai successivement en revue : 1° la *congestion*, l'*hémorrhagie utérine* et l'*aménorrhée*, ainsi que

la *dysménorrhée*, qui sont des dérangements du flux sanguin normal ; 2° l'*inflammation de l'utérus*, qui comprend la *métrite simple* aiguë et chronique, et la *métrite puerpérale ;* les *granulations*, les *érosions du col de l'utérus*, qui sont des lésions partielles ; 3° le *cancer de l'utérus ;* 4° l'*hydrométrie*, la *physométrie ;* 5° la *perforation et la rupture* de la matrice ; 6° la *névralgie utérine ;* 7° les *déviations utérines* ou *déplacements* de l'utérus sur lesquelles les recherches récentes nous ont fourni de si précieux documents qu'il ne m'est plus permis de les passer sous silence et que je devrais même, en raison de leur importance, leur consacrer un chapitre particulier.

ARTICLE Ier.

CONGESTION UTÉRINE.

Tous les auteurs qui se sont occupés des maladies de l'utérus ont cité des cas dans lesquels un afflux de sang ayant lieu dans le tissu de la matrice, cet organe s'est tuméfié sans qu'il s'ensuivît d'hémorrhagie. Dans plusieurs de ces cas, on peut, il est vrai, admettre l'existence d'un certain degré d'inflammation : c'est du moins ce qui semble ressortir des observations qui malheureusement sont presque toujours extrêmement incomplètes ; mais d'autres, tels que quelques uns de ceux qu'ont rapportés Dugès et madame Boivin (1), M. Duparcque (2), ne présentent d'autres signes que ceux d'une fluxion sanguine, et, par conséquent, cette affection doit être examinée à part.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On ne doit regarder comme congestion utérine qu'une affection dans laquelle il survient une tuméfaction rapide de l'utérus sans symptômes généraux prononcés. Telle n'est pas la manière de voir des auteurs que j'ai cités. Pour eux, une simple congestion peut s'accompagner non seulement de symptômes fébriles marqués, mais encore d'un écoulement blanc ou jaunâtre de l'utérus. Mais, évidemment, donner une aussi grande extension à la congestion sanguine, c'est rendre toute distinction impossible. Dans cette manière de voir, il n'y a plus aucune ligne de démarcation entre la congestion simple et l'inflammation. Cela est si vrai, que plusieurs auteurs, en présence de ces symptômes, ont été conduits à donner à l'affection le nom de *métrite subaiguë*. Il y aurait donc, suivant eux, des phénomènes inflammatoires dans certains cas, et comment dès lors regarder la maladie comme une simple congestion ?

Cette affection a reçu, en outre, les noms de *fluxion utérine*, *pléthore utérine*, *engorgement de la matrice par congestion simple* (Duparcque) ; et, comme je viens de le dire, celui de *métrite subaiguë*.

Lorsque les règles apparaissent, et dans un bon nombre de cas de métrorrhagie, il se fait une congestion utérine avant que le sang commence à s'écouler ; sous ce point de vue donc, on pourrait dire que cette congestion est très fréquente. Mais ce n'est pas là une maladie, et nous ne devons nous occuper ici que de la

(1) *Traité prat. des mal. de l'utérus et de ses annexes* ; Paris, 1833, t. II.

(2) *Traité théor. et prat. sur les altérations organiques simples et cancér. de la matrice*, 2e édit. ; Paris, 1839, p. 166 et suiv.

congestion sanguine qui persiste un temps plus ou moins long sans écoulement de sang. Si l'on en juge par le très petit nombre de cas de ce genre que possède la science, la congestion utérine, ainsi comprise, est une affection rare, surtout comparativement à la métrorrhagie. Cependant de nouvelles recherches sont nécessaires sur ce point.

§ II. — Causes.

Les causes de la congestion utérine ont été très mal étudiées; on peut en juger par le passage suivant emprunté à M. Duparcque, qui, néanmoins, a le mieux résumé l'étiologie de cette affection telle que les auteurs l'ont adoptée. Cet auteur cite d'abord comme cause prédisposante l'*âge de la puberté*, et il ajoute que, sous l'influence de cette prédisposition, on voit la congestion sanguine de l'utérus excitée par « les *émotions morales violentes* ou *concentrées*, un *exercice violent*, l'*usage des excitants*, des *stimulants* alimentaires ou médicamenteux, etc. »

« Outre ces causes générales ou communes aux congestions de tous les organes, il en est, continue cet auteur, qui sont particulières à l'espèce d'engorgement qui nous occupe, savoir, quelques *excitants spéciaux* comme la *rue*, la *sabine*, etc., et les excitants propres des organes génitaux, le *coït*, la *masturbation*. » Et plus loin, il signale l'action du *froid*, l'*usage intempestif des astringents* aux époques menstruelles et après l'accouchement.

Il suffit de cette citation pour montrer combien sont vagues nos connaissances sur l'étiologie de cette affection. Assurément rien n'est plus admissible que l'action de quelques unes de ces causes; mais, en signaler ainsi l'existence, c'est ne nous apprendre rien sur leur degré d'influence. Pour y parvenir, il faudrait des faits bien détaillés, et l'on en chercherait en vain dans la science; bien plus, il est difficile de ne pas penser, en voyant la manière dont ces assertions sont présentées, que beaucoup d'entre elles n'ont d'autre base que des idées théoriques, de pures hypothèses.

Je dois ajouter que je n'ai jamais trouvé de *déplacement considérable de l'utérus* sans un certain degré de congestion.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes propres à la congestion sanguine de la matrice sont fort simples. Les malades éprouvent dans le bassin, et principalement vers le rectum et le périnée, une *sensation de pesanteur* incommode, qui augmente considérablement lorsqu'elles se livrent à un exercice prolongé. Fréquemment, lorsque la congestion est devenue considérable, cette sensation se change en une véritable *douleur* sourde, et l'on voit bientôt survenir des *tiraillements* dans les lombes et dans les aines, qui se produisent à des intervalles plus ou moins rapprochés, et qui quelquefois se transforment en douleurs vives semblables à des coliques. Ces accès peuvent avoir une durée assez longue, et alors ils s'accompagnent d'une sensation de contraction violente de la même nature que les contractions expulsives de l'accouchement; il y a un véritable *ténesme* utérin. « Ces douleurs, dit M. Duparcque, sont parfois tellement violentes, que les malades sont obligées de se tenir fortement courbées en avant pendant leur durée. »

Pendant que ces douleurs si vives se manifestent, il est remarquable que la *pression* sur le corps de l'utérus à travers l'hypogastre et sur le col à l'aide du toucher ne détermine aucune douleur au dire des auteurs, et en particulier de

M. Duparcque. Cette proposition me paraît néanmoins un peu trop absolue. J'ai vu des cas de congestion utérine, sans aucun signe d'inflammation, dans lesquels le corps de l'utérus, palpé à travers la paroi hypogastrique, avait une sensibilité marquée, quoique moindre que dans la métrite, et il arrive assez fréquemment qu'on peut constater l'existence de la douleur dans les cas de *dysménorrhée*, lorsque la fluxion sanguine détermine de violents symptômes que l'apparition du sang dissipe bientôt complétement. D'ailleurs M. Duparcque lui-même rapporte un exemple semblable (obs. 55).

« Un phénomène remarquable, dit M. Duparcque, et commun à toutes les congestions actives avec ou sans hémorrhagie, est le *battement très prononcé autour du col des artères utérines*, qui paraissent plus développées qu'à l'état normal. » Sans nier l'existence de ce symptôme, je dirai qu'elle n'est pas mentionnée dans les observations, malheureusement trop rares et trop peu détaillées, que nous ont données les auteurs.

Pour compléter le tableau de l'état local, il faut signaler le *gonflement* de *l'organe* que l'on reconnaît aux signes suivants. Par le *toucher* on sent le col volumineux, et si, la femme étant debout, on soulève l'utérus avec le bout du doigt, on le trouve notablement plus lourd qu'à l'état normal. Le *toucher par le rectum* est utile pour acquérir une idée approximative de l'augmentation de volume du corps. Assez souvent ce volume est trop peu considérable pour que la palpation à travers la paroi hypogastrique puisse faire sentir le fond de l'utérus. Mais dans quelques cas, et surtout dans ceux qui se produisent rapidement, l'engorgement est assez marqué pour que le fond de l'utérus s'élève au-dessus des pubis et puisse être facilement saisi. La *percussion* fait alors reconnaître un son mat à convexité supérieure, et s'étendant à droite et à gauche de la ligne blanche, sans atteindre les fosses iliaques. On parvient d'ailleurs facilement à reconnaître le véritable volume de l'organe *en combinant le palper hypogastrique avec le toucher vaginal*, procédé d'exploration qu'il ne faut jamais négliger.

J'ai déjà dit que si quelques auteurs ont admis l'existence de phénomènes réellement fébriles dans les simples congestions sanguines de l'utérus, c'est qu'ils n'ont pas suffisamment distingué la métrite de la congestion. Les seuls *symptômes généraux* qui appartiennent à cette dernière sont un malaise général, d'autant plus prononcé que les accès de douleur sont plus vifs ; une agitation et une anxiété plus ou moins grandes.

Lorsque, dans un des articles suivants, j'aurai à parler de la menstruation difficile, je devrai reproduire cette description, et on le comprend facilement, car beaucoup de dysménorrhées ne consistent que dans une congestion sanguine semblable à celle dont je viens de parler, et qui se dissipent lorsque le sang qui distend l'utérus peut s'échapper au dehors.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La congestion sanguine de l'utérus a ordinairement une marche aiguë, c'est-à-dire que les symptômes atteignent rapidement leur summum d'intensité. Dans quelques cas, néanmoins, les phénomènes suivent une marche lente, et la maladie reste ensuite stationnaire pendant un temps variable. Nous avons vu plus haut qu'un de ses principaux caractères est de présenter des *accès* douloureux, qu'on nomme vulgairement *coliques utérines*.

La *durée* de la congestion utérine est ordinairement courte et ne dépasse pas deux, quatre ou cinq jours; elle est surtout courte lorsque l'engorgement sanguin précède l'éruption des règles; car presque toujours l'issue du sang fait cesser tous les accidents, comme nous le verrons à l'article *Dysménorrhée*. En pareil cas elle peut ne pas dépasser une ou deux heures; mais, dans quelques cas où la congestion survient hors des époques menstruelles, et où elle n'est pas suivie d'hémorrhagie, on la voit se prolonger pendant plusieurs semaines, surtout si on ne lui oppose pas un traitement convenable et si la malade ne garde pas le repos nécessaire.

On peut dire d'une manière générale que la *terminaison* est heureuse, soit que la congestion se termine par une hémorrhagie spontanée, soit que l'intervention de l'art soit nécessaire. Néanmoins on conçoit que si un traitement convenable n'est pas employé, si la malade fait des excès et ne garde pas le repos, une congestion durant depuis longtemps puisse se terminer par une véritable inflammation, ou par une *hématocèle péri-utérine*. C'est un fait qui ne paraît pas douteux, mais qu'il ne serait pas inutile de confirmer par l'observation.

§ IV. — Lésions anatomiques.

Les altérations qu'on a trouvées après la mort, dans les cas où des femmes ayant une congestion utérine ont succombé à une autre affection, consistent uniquement en un gonflement plus ou moins considérable de l'utérus avec distension des vaisseaux par le sang. A la coupe du tissu utérin, il s'écoule une grande quantité de ce liquide, et le tissu reste ensuite avec sa consistance normale.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Je n'insisterai pas sur le diagnostic, qui sera mieux placé après la description de la *métrite simple aiguë*, seule affection avec laquelle on puisse confondre la congestion utérine. Je dirai seulement ici que les principaux caractères différentiels entre ces deux affections sont les accès douloureux plus marqués et plus fréquents dans la congestion, la moindre sensibilité à la pression que présente le simple engorgement sanguin, et enfin le développement de phénomènes fébriles un peu notables et d'une certaine durée qu'on observe dans la métrite et non dans la congestion.

Pronostic. D'après ce que j'ai dit plus haut, le pronostic est favorable dans l'immense majorité des cas, et, dans quelques uns seulement, on peut craindre le développement d'une inflammation simple ou d'une tumeur sanguine. Cependant, s'il faut en croire quelques auteurs, le pronostic serait beaucoup plus grave. Voici comment s'exprime à ce sujet M. Duparcque : « L'engorgement par congestion, dit-il, passe facilement à l'état de phlegmasie chronique, et de là en des transformations organiques plus profondes. » Cette proposition contient une erreur fort grave. C'est toujours, comme on le voit, la même manière d'interpréter les faits dans les affections des divers organes, et j'ai souvent eu l'occasion, à propos des cancers de l'estomac, du rectum, etc., de prouver combien elle est vicieuse. De ce que ces affections chroniques, toutes spéciales, et dont les progrès inévitables peuvent être prédits dès qu'on en voit les premiers symptômes, présentent souvent à leur début des signes de congestion ou d'hyperémie, on en conclut que toute congestion ou hyperémie

peut se transformer en lésion anatomique ; mais c'est là étudier les faits très superficiellement, et une analyse plus approfondie prouve combien cette manière de voir s'éloigne de la vérité. M. Duparcque ajoute que, dans la première partie de son ouvrage, il a cité des faits de ce genre. Lorsque je parlerai du *cancer de l'utérus*, je passerai ces faits en revue ; mais je peux dire ici d'avance qu'après en avoir pris connaissance, je n'y ai rien trouvé qui démontre l'exactitude de l'assertion précédente. Des signes de cancer confirmés ont été pris d'abord pour un simple engorgement sanguin, voilà tout.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la congestion utérine est généralement fort simple. *Si l'affection est peu intense*, il suffit soit d'une *saignée générale*, soit d'une application de *sangsues* à l'hypogastre, aux parties génitales, à l'anus, soit de *ventouses scarifiées* à l'hypogastre, de quelques *bains*, d'une petite quantité d'*opium* (3 à 5 centigrammes le soir), d'un *régime* doux et léger, et du *repos* au lit, pour faire disparaître promptement tous les symptômes, et pour voir apparaître le flux menstruel dans le cas où il s'agit de dysménorrhée.

Si l'*affection est plus intense*, si elle dure depuis longtemps, surtout si elle a lieu en dehors de l'époque menstruelle, il faut mettre en usage des moyens plus actifs. On insiste d'abord sur les émissions sanguines dans les cas où la malade est vigoureuse et où la force du pouls et l'apparition rapide des symptômes annoncent qu'il s'agit d'une de ces congestions auxquelles on a donné le nom d'actives.

Quelques auteurs veulent que les émissions sanguines soient faites à une certaine distance du siége de la maladie pour opérer une *dérivation ;* ainsi aux lombes, à la base de la poitrine ou dans un point plus éloigné encore. L'expérience ne nous a pas suffisamment éclairé sur l'utilité de cette pratique.

Les *bains* doivent être plus prolongés dans le cas dont il s'agit. On prescrit également des *injections émollientes* fréquemment pratiquées.

Les *douleurs* sont combattues par les narcotiques et surtout par l'*opium* à la dose de 0,05 à 0,010 grammes, et plus si elles résistent. Les *lavements laudanisés* ont également un très grand avantage, et le docteur West a préconisé l'*aconit* sous forme d'extrait aqueux à la dose de 0,05 grammes, qu'on augmente ensuite graduellement ; mais quelques auteurs préfèrent les antispasmodiques comme le *musc*, le *camphre*, l'*assa fœtida*. J'ai trop souvent eu l'occasion d'indiquer la manière de les employer pour que j'aie à y revenir ici.

Les *excitants diffusibles*, et surtout l'*ammoniaque* et l'*acétate d'ammoniaque*, ont été vantés dans les cas où la congestion survient *chez des femmes faibles et dont le pouls a peu de résistance*. M. Duparcque emploie l'ammoniaque de la manière suivante :

℞ Ammoniaque liquide.... 48 gouttes. | Sirop de sucre.......... 60 gram.

Mêlez. A prendre dans les vingt-quatre heures, par cuillerées à café, dans une petite tasse d'infusion de feuilles d'oranger.

Le docteur Mesnier prescrit l'*acétate d'ammoniaque* à la dose de quatre à sept gouttes répétées trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, et données soit dans une infusion quelconque, soit simplement dans un peu d'eau sucrée.

D'autres excitants ont été prescrits dans les mêmes circonstances ; mais il n'en

est aucun qu'il soit plus important de citer que le *seigle ergoté* à cause de son action spéciale. Les docteurs Pagrani et Pignucia (1) ont rapporté plusieurs observations dans lesquelles l'ergot de seigle a eu les plus heureux effets aux doses suivantes :

♃ Ergot de seigle......... 4 gram.

Divisez en huit paquets. Dose : un toutes les deux heures, dans une cuillerée d'eau sucrée.

Quelques sangsues, l'entretien de la liberté du ventre à l'aide de légers purgatifs, la diète, le repos ont complété le traitement.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines ; bains ; opium ; repos ; régime ; aconit ; antispasmodiques ; excitants diffusibles ; ammoniaque ; acétate d'ammoniaque ; ergot de seigle.

ARTICLE II.

MÉTRORRHAGIE.

La métrorrhagie a dû nécessairement être connue dès la plus haute antiquité ; aussi la trouvons-nous déjà mentionnée dans les premiers écrits que possède la science. Ce qu'il importe surtout de remarquer, c'est que presque tous les ouvrages qui en donnent une description spéciale s'occupent particulièrement de l'hémorrhagie utérine chez les femmes grosses ou en couches, circonstances dans lesquelles les pertes de sang sont incomparablement plus graves que dans toute autre. Je ne chercherai pas à faire ici un historique qui serait nécessairement ou ne peut plus incomplet et insuffisant. J'aurai soin, dans le cours de la description suivante, de mentionner les travaux les plus importants.

On a proposé de diviser la métrorrhagie en plusieurs espèces, suivant les principales circonstances qui ont frappé les auteurs. La plus ancienne de ces divisions est celle qui distingue les métrorrhagies en *active* et *passive ;* elle est commune à toutes les hémorrhagies. On a distingué aussi la perte de sang qui a lieu *dans l'état de vacuité*, de celle qui se produit *pendant la grossesse* et *pendant ou peu après l'accouchement*. Je n'ai pas besoin de dire combien cette seconde division est importante. Enfin, d'autres auteurs ont multiplié les distinctions. Ainsi l'on a admis les espèces suivantes : 1° *Métrorrhagie constitutionnelle ;* 2° *M. succédanée ou supplémentaire ;* 3° *M. symptomatique ;* 4° *M. sympathique ;* 5° *M. critique ;* 6° *M. spasmodique ;* 7° *M. intermittente ;* 8° *M. épidémique* (2). Les circonstances variables qui servent de base à cette classification n'ont pas assez d'importance pour qu'on s'astreigne à la suivre. Il suffira de dire, dans le cours de cette description, ce qui caractérise ces diverses espèces.

Les auteurs du *Compendium* ont proposé de reconnaître une *métrorrhagie par augmentation des globules du sang ;* une *métrorrhagie par diminution de la fibrine du sang ;* une *métrorrhagie par altération du solide modifiant la texture ou la circulation de l'organe ;* et enfin une *métrorrhagie par simple lésion dynamique*. Les deux premières espèces correspondent aux métrorrhagies passive et

(1) *Ann. univ. de méd.*

(2) Voy. Sisay, *Essai sur l'hémorrhagie utérine ;* Thèse, Paris, 1837.

active des auteurs ; la troisième, qui n'est autre chose que la *métrorrhagie symptomatique*, se rattache à certaines maladies de l'utérus, comme le *cancer*, les *polypes* ; elle n'a d'importance que lorsque, par l'abondance de la perte de sang, l'organisme subit une grave altération, et lorsque les jours de la malade sont menacés ; quant à la quatrième, il est évident que la dénomination qu'on lui donne équivaut à dire que la cause de la maladie n'est pas connue.

Dans le cours de cet article, je le répète, je signalerai ce qui appartient en propre aux diverses espèces, sans m'assujettir toutefois à les décrire chacune en particulier. Il en est une même, celle qui reconnaît pour cause une lésion profonde de l'utérus, qui ne peut nous intéresser que dans une seule circonstance : c'est lorsqu'elle compromet l'existence de la malade ; car lorsqu'elle est modérée, elle n'est qu'un phénomène secondaire qui appartient à la description de la maladie dans le cours de laquelle elle se produit.

En outre, il est une espèce des plus importantes qui ne doit pas, d'après la division consacrée, faire partie d'un traité de pathologie interne ; c'est celle qui survient chez les femmes enceintes ou en couches. C'est dans les traités d'accouchement qu'il faut en chercher la description.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *métrorrhagie* à tout écoulement de sang provenant de l'utérus, lorsqu'il dépasse les bornes de l'écoulement menstruel, ou lorsqu'il se produit hors des époques menstruelles. Cette définition est adoptée par tout le monde.

On a désigné cette affection sous les noms de *hæmorrhagia uterina ; paramenia superflua ; menorrhagia ; fluor uterini sanguinis ; hysterorrhagia sanguinea ; stillicidium uteri ; perte rouge ; hémométrorrhagie*, etc. On désigne particulièrement sous le nom de *ménorrhagie* le flux immodéré des règles, tandis que l'expression de *métrorrhagie* est plus spécialement appliquée à l'hémorrhagie hors des époques menstruelles. Quoique le mot de *métrorrhagie* ne désigne pas la nature de l'écoulement, il a une signification généralement admise, il est adopté par presque tous les auteurs ; il n'y a donc pas nécessité de lui en substituer un autre.

La *fréquence* de la métrorrhagie est grande ; c'est ce que nous apprend la pratique de tous les jours. Nous verrons tout à l'heure s'il est permis d'indiquer la fréquence suivant les espèces.

§ II. — Causes.

Il suffit de parcourir les principaux articles publiés sur la métrorrhagie, pour s'assurer que personne n'a fait de recherches exactes sur l'étiologie de cette affection. Partout ce sont des assertions simples dont quelques unes ont sans doute une valeur réelle, mais qui manquent presque complétement de la sanction rigoureuse des faits. On ne doit donc considérer la plupart des propositions qui vont suivre que comme des renseignements intéressants, dont néanmoins la valeur réelle reste à vérifier.

1° Causes prédisposantes.

Age. On trouve dans la science quelques exemples de métrorrhagie chez des filles très jeunes : de cinq, six et sept ans, par exemple ; mais ces faits sont fort rares, du moins dans nos climats. Il n'est pas non plus fréquent, quoique les exemples en soient notablement plus nombreux, de voir la métrorrhagie survenir dans les premières années de la menstruation, à moins que ce ne soit pendant l'accouchement ou peu après, cas dont nous ne nous occupons pas ici. C'est à mesure qu'on s'approche de l'*âge critique*, et principalement à l'âge critique lui-même, que la perte utérine se produit le plus fréquemment. Après cet âge, la métrorrhagie s'observe encore assez souvent, et nous verrons plus loin qu'elle est alors d'un pronostic fort grave, car elle est due ordinairement en pareil cas à un *cancer de l'utérus.*

Tempérament. On a cité comme les plus sujettes à la métrorrhagie, d'une part les femmes d'un *tempérament sanguin* et ayant habituellement des règles abondantes, et de l'autre les *femmes nerveuses* et *lymphatiques.* Les premières, suivant les auteurs, auraient des métrorrhagies *actives*, et les autres des flux sanguins *passifs.* Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on ne trouve nulle part de recherches satisfaisantes sur ce point, et que tout porte à croire qu'on s'est principalement prononcé d'après des idées théoriques.

Constitution. L'influence de la constitution n'est pas mieux déterminée. On a dit, il est vrai, que les hémorrhagies *actives* de l'utérus se faisaient observer plus souvent chez les femmes robustes, et que les femmes à constitution chétive étaient plus sujettes aux hémorrhagies *passives ;* mais qui ne voit tout d'abord que c'est là une assertion banale reproduite à propos de toutes les hémorrhagies, et dont l'exactitude n'est nullement prouvée.

Saisons ; climats. Tous les auteurs s'accordent à dire que l'habitation des climats chauds prédispose singulièrement à la métrorrhagie. Malheureusement on ne trouve pas dans les auteurs qui ont observé dans les pays chauds de renseignements suffisants sur ce point. Blumenbach (1) a dit, il est vrai, que la plupart des Européennes transportées en Guinée y périssent par suite d'hémorrhagies utérines ; mais ce n'est là qu'une affirmation sans valeur réelle. Le fait n'est pas improbable, sans doute, car nous savons que, dans les pays chauds, l'éruption des menstrues se fait à un âge bien moins avancé que dans les pays froids, et que par conséquent il y a une plus grande tendance aux congestions utérines normales ; mais on ne saurait conclure de ce fait physiologique à un fait pathologique sans avoir interrogé l'observation mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à présent.

Tout le monde a cité les faits rapportés par Saucerotte (2) pour prouver que la raréfaction de l'air dans les *lieux élevés* est une cause prédisposante de métrorrhagie. Ayant observé cette affection chez un bon nombre de femmes au sommet des Vosges, il y a mis un terme en faisant descendre les malades dans les vallées.

Chaleur artificielle. L'usage immodéré des *bains chauds* serait d'après Ti-

(1) *De l'unité du genre humain et de ses variétés* ; Paris, 1804, in-8. — Prichard, *Histoire naturelle de l'homme* ; Paris, 1843, t. II, p. 249.

(2) *Mélanges de chirurgie.* Paris, 1801, t. I.

moni (1), une cause de métrorrhagie ; mais à ce sujet nous devons reproduire les remarques faites à propos de l'influence des climats. Il en est de même relativement au *séjour dans des lieux trop fortement chauffés.* On a accusé l'*usage des chaufferettes*, si répandu parmi les femmes du peuple, de produire les pertes de sang par l'utérus ; mais comment a-t-on procédé pour s'assurer du fait ? On a cité quelques cas où des femmes qui faisaient usage de ce moyen de chauffage ont eu des métrorrhagies, comme si ces femmes avaient une immunité contre toutes les autres causes qui peuvent produire la maladie. Pour moi, je dirai qu'ayant parcouru un grand nombre d'observations de métrorrhagie, je n'en ai trouvé presque aucune qui fît mention de l'usage des chaufferettes.

Débilitation par maladies antérieures, etc. On a encore cité comme sujettes à la métrorrhagie, et surtout à la métrorrhagie désignée sous le nom de *passive*, les femmes épuisées par des maladies antérieures, par des *convalescences difficiles*, surtout si, pendant ces maladies et ces convalescences, le régime a été très sévère. On a attribué la même influence prédisposante à tout ce qui peut affaiblir considérablement l'organisme : ainsi la *lactation* trop longtemps prolongée, les flux muqueux, etc.

On a remarqué que les femmes qui ont eu de nombreux *accouchements* ou *avortements*, surtout à de courts intervalles, sont plus sujettes que les autres à la métrorrhagie, et l'on en a dit autant de celles qui font abus des boissons chaudes et relâchantes, des injections, des lavements chauds, etc.

Constitution médicale. On a cité plusieurs faits qui semblent prouver qu'à de certaines époques les flux métrorrhagiques se produisent avec une facilité remarquable. La circonstance principale à considérer dans ces faits, c'est que d'après les auteurs qui les ont rapportés, il régnait alors des affections regardées comme bilieuses. Tous ont mentionné à ce sujet les observations de Stoll, en 1778, et celles qui furent recueillies dans l'épidémie du Tecklembourg ; mais quelle conviction peuvent porter dans les esprits des faits qui sont indiqués sans aucun détail ?

Hérédité. Enfin, comme dernière cause prédisposante on a signalé l'hérédité, sans toutefois apporter en faveur de cette cause de meilleures preuves que celles qu'on a données pour les précédentes.

Il est fort triste d'avoir toujours à enregistrer ainsi de simples assertions que les auteurs copient servilement l'un sur l'autre, au lieu de ces résumés d'observations qui seuls pourraient jeter un peu de jour sur ces questions si obscures ; mais avec les observations que nous possédons, ce travail ne pourrait pas même être fait d'une manière satisfaisante, car tous les principaux détails manquent presque constamment.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, nous trouvons d'abord les excitations directes, comme l'*abus du coït*, la *masturbation*, la *présence d'un pessaire*. Relativement à l'abus du coït, nous avons les recherches précieuses de Parent-Duchatelet (2), qui prouvent l'influence de cette cause par la fréquence de la métrorrhagie chez les filles publiques. On a cité des cas où la métrorrhagie est survenue au moment où

(1) *Dissert. sur les bains orientaux.*
(2) *De la prostitution dans la ville de Paris ;* Paris, 1837, t. I, p. 250.

les malades faisaient des *efforts* pour soulever un fardeau, ou bien faisaient des mouvements brusques.

Les *secousses* imprimées au corps par le cheval et la voiture sont des causes qui se rapprochent des précédentes; il en est de même des *violents exercices* du corps: la course, le saut, la danse. Enfin on a vu le sang commencer à couler, et parfois avec abondance, immédiatement après une chute sur les pieds, sur le siége ou sur les genoux.

Les *émotions vives*, les passions violentes, et surtout les accès de colère, ont été suivis parfois du flux métrorrhagique. Plusieurs auteurs en ont cité des exemples, et l'on en trouve de remarquables dans l'ouvrage de M. Brierre de Boismont, que j'ai eu maintes fois occasion de citer.

D'après quelques auteurs, une irritation produite sur les intestins, l'emploi des *purgatifs drastiques*, la présence des *vers* dans le tube intestinal (Van den Bosch) suffiraient pour provoquer une métrorrhagie.

Nous retrouvons ici, comme causes occasionnelles, un certain nombre de celles que nous avons déjà passées en revue comme causes prédisposantes. Ainsi on a noté que de simples injections chaudes, un bain chaud, et surtout un bain de siége, peuvent provoquer une métrorrhagie qui peut-être ne se serait pas produite sans ces causes déterminantes.

On a signalé, en outre, l'*application des sangsues* sur le col utérin, ou seulement sur les *parties génitales*, surtout lorsqu'on les met en petit nombre comme quand on veut rappeler les règles; la *cautérisation* du col, les pédiluves irritants, les *sinapismes* aux jambes; en un mot, tout ce qui tend à attirer le sang vers le bassin et les extrémités inférieures.

Enfin il faut nécessairement placer parmi les causes de la métrorrhagie l'emploi des *emménagogues* qui, employés dans le but de rétablir les règles diminuées ou supprimées, ont souvent dépassé le but et donné lieu à des hémorrhagies inquiétantes. Nous verrons plus loin, en faisant la description de l'aménorrhée, quelles sont les limites auxquelles il faut s'arrêter.

Les causes occasionnelles que je viens d'énumérer agissent principalement à l'époque des règles, lorsque naturellement le sang se porte vers l'utérus. C'est alors surtout que les excès de coït, les exercices violents, les émotions vives, agissent efficacement, et, d'un flux sanguin qui jusqu'à ce moment paraissait tout à fait normal, font une hémorrhagie parfois inquiétante. De là on peut conclure que c'est principalement l'espèce de flux sanguin de l'utérus auquel on a donné le nom de *ménorrhagie* qui est produit par les causes occasionnelles.

3° Conditions organiques.

Nous avons vu plus haut qu'on admet des métrorrhagies qui n'auraient d'autre cause qu'un état pléthorique plus ou moins marqué, et si l'existence de cette cause est reconnue, il faut en conclure que la maladie peut se produire sous l'influence de la seule augmentation des globules du sang; car, à l'article *Pléthore*, nous avons dit que cette augmentation des globules est le caractère essentiel de la pléthore sanguine. Faisons remarquer toutefois qu'on a simplement appliqué à la métrorrhagie ce qui a été dit des hémorrhagies en général, et qu'on n'a pas fait de recherches particulières pour cette affection.

Quelques auteurs ont parlé d'une pléthore locale, d'un *raptus* plus ou moins violent du sang vers l'utérus, qui se termine plus tôt ou plus tard par une hémorrhagie. Cette prétendue pléthore partielle n'est autre chose qu'une congestion, comme celle qui a été décrite dans l'article précédent, et qui se renouvelle plus ou moins fréquemment avant la perte utérine. C'est dans les cas de ce genre qu'en prenant des informations on arrive assez souvent, suivant les auteurs, à constater que la femme a eu des accouchements nombreux ou de fréquentes fausses couches. Dans certains cas, néanmoins, il est impossible de découvrir la cause de ces fréquentes congestions, ce qui cependant serait d'une grande importance.

Des conditions tout opposées peuvent se rencontrer chez les femmes affectées de métrorrhagie. Leur sang est plus fluide, moins chargé de globules et surtout de fibrine. C'est ce que l'on observe principalement dans la *ménorrhagie* avec état chlorotique, car, en pareil cas, c'est presque toujours aux époques des règles que se produit l'hémorrhagie. Il faut bien prendre garde toutefois de confondre cet état du sang avec l'anémie qui résulte d'une affection organique de plus ou moins longue durée, et de croire que l'hémorrhagie a lieu tout simplement sous l'influence de cet appauvrissement du liquide sanguin. Il y a, ainsi que nous allons le voir, une cause bien plus puissante d'hémorrhagie dans l'affection organique, et ce qui le prouve, c'est que l'appauvrissement du sang n'est que consécutif aux nombreuses pertes provoquées par la lésion de l'organe.

Certaines altérations, certaines productions morbides de l'utérus donnent lieu à l'hémorrhagie utérine, et, dans ces cas, la maladie constitue un signe souvent très grave, outre les dangers qu'elle fait par elle-même courir à la malade. Tout le monde sait que les cancers de l'utérus s'accompagnent fréquemment d'hémorrhagie utérine, mais on n'a généralement pas une juste idée de la fréquence et de la valeur de ce symptôme. Je reviendrai sur ce point à l'article *Cancer de l'utérus*, et je me contenterai de dire ici que, dans l'immense majorité des cas, M. Louis (*Rech. inédites*) a vu la maladie débuter par une perte de sang plus ou moins considérable, et que, depuis que mon attention a été fixée sur ce point, je n'ai guère observé de cas de cancer utérin qui ait eu un autre début. Les malades, interrogées avec soin, ont presque toujours répondu qu'au moment de leur première perte elles se trouvaient dans un très bon état de santé, n'avaient ni douleur ni pesanteur dans le bassin durant depuis un peu de temps, n'avaient pas d'écoulement, ou si elles avaient des flueurs blanches, y étaient sujettes depuis longtemps, et ne les avaient pas vues changer de caractère. Ce fait, qui est analogue à ce que nous avons noté dans le cancer de quelques autres organes, et en particulier dans le *cancer de l'estomac*, est surtout remarquable par la constance avec laquelle se produit l'hémorrhagie; car, dans les autres organes, la fréquence de l'hémorrhagie, au début, est loin d'être aussi considérable. M. Jobert (de Lamballe) a vu dans quelques cas (1) l'hémorrhagie utérine reconnaître pour cause un fongus sanguin dans la cavité du col.

Il faut nécessairement, dans quelques cas, avoir recours, pour expliquer la métrorrhagie, à un état particulier du sang qui prédispose les sujets aux hémorrhagies de toute espèce. Ce sont là encore de ces exemples d'*hémorrhagie constitutionnelle* que j'ai maintes fois cités à propos de l'*épistaxis*, de l'*hématé-*

(1) *Mémoires de l'Acad. des sciences. Savants étrangers*; Paris, 1843, t. VIII, p. 386.

mèse, etc. Ce qu'il y a de remarquable dans ces cas, c'est que le plus souvent l'hémorrhagie a lieu par plusieurs voies à la fois. On est naturellement porté à ranger les cas de ce genre parmi les métrorrhagies dues à une diminution de la fibrine du sang ; mais cette cause mystérieuse, qui souvent, en un temps très court, produit une semblable altération du sang, comme dans les cas où ce liquide s'échappe à la fois par la bouche et par l'intestin, forme des taches sous la peau (*purpura hemorrhagica*, *ecchymoses scorbutiques*), etc. ; cette cause, dis-je, donne aux cas dont il s'agit ici une physionomie toute particulière.

Enfin, M. Mitchell (1) a cité des faits qui prouvent que la métrorrhagie peut être sous la dépendance de cette *névralgie lombo-utérine*, que j'ai fait connaître et qui commence à fixer l'attention des médecins (voy. *Dysménorrhée* et *Névralgie utérine*).

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de la métrorrhagie sont tellement différents suivant les cas, qu'il en résulte une grande difficulté pour présenter leur description d'une manière générale. Aussi tous les auteurs ont-ils établi des distinctions propres à rendre cette description plus facile. Pour moi, je vais indiquer quelques variétés dont j'exposerai les caractères, tout en reconnaissant que l'on n'observe pas toujours, à beaucoup près, au lit des malades, des différences aussi tranchées ; il sera facile ensuite au médecin attentif d'en faire l'application aux cas particuliers.

Je parlerai d'abord des hémorrhagies abondantes survenues rapidement et se terminant en peu de temps ; quelques auteurs leur ont donné le nom de *métrorrhagie aiguë*. Puis je passerai aux hémorrhagies qui consistent uniquement dans une prolongation outre mesure de la période menstruelle ; c'est cette espèce qui a reçu particulièrement le nom de *ménorrhagie*, bien que la précédente doive être, dans un assez bon nombre de cas, comprise sous cette dénomination, car elle se produit de préférence pendant les règles ; enfin, je ferai connaître les hémorrhagies de longue durée, se produisant aussi bien en dehors des périodes menstruelles que dans leur cours, et auxquelles on a donné les noms de *métrorrhagie chronique* ou de *métrorrhagie passive*, suivant qu'on a considéré leur durée, ou les symptômes locaux et généraux qui les caractérisent.

Symptômes précurseurs. Presque tous les auteurs reconnaissent que la métrorrhagie peut se produire sans symptômes précurseurs, ou que du moins ces symptômes sont parfois si légers, qu'ils n'attirent pas l'attention. On voit, en effet, chez certaines femmes, le sang s'échapper par le vagin en assez grande abondance, et l'hémorrhagie devenir ensuite inquiétante, soit par sa violence, soit par sa durée, sans qu'aucun signe général ou local soit venu les avertir de l'imminence de la métrorrhagie. C'est ce que l'on a observé, aussi bien dans la métrorrhagie simple ou *essentielle* que dans la métrorrhagie symptomatique. C'est aussi ce que l'on observe assez souvent dans la *ménorrhagie* : les règles se produisent comme de coutume ; pendant un certain temps, elles coulent comme à l'ordinaire, puis la perte de sang augmente sans qu'il soit survenu rien de particulier ; ou bien à l'époque où les menstrues devraient cesser, elles continuent pendant plusieurs jours, pen-

(1) *Loc. cit.*

dant plusieurs semaines, sans autres symptômes que ceux qui sont sous la dépendance d'une perte de sang trop considérable. Il n'est pas très rare également de voir la métrorrhagie déterminée par une cause directe, une violence extérieure, se produire ainsi sans prodromes ; c'est ce que l'on observe lorsque la perte de sang suit immédiatement l'action de la cause, lorsque, par exemple, ainsi que le fait remarquer M. P. Dubois (1), une femme étant tombée sur le siége, elle se trouve aussitôt ou presque aussitôt baignée de sang.

Mais il est bien plus ordinaire de voir des symptômes marqués précéder la perte de sang ; et, si l'on en croyait quelques auteurs, il en serait toujours ainsi Telle est l'opinion de M. Duparcque (*loc. cit.*), qui désigne les métrorrhagies sous le nom d'*engorgements* hémorrhagiques. La lecture des observations, et les faits que chacun peut voir passer sous ses yeux, prouvent que cette manière de voir est exagérée.

Les symptômes précurseurs sont très variables suivant les cas ; leur intensité est généralement en rapport avec la difficulté que le sang éprouve à s'échapper au dehors, et ils résultent presque tous de la congestion utérine, ce qui, comme nous venons de le voir, a valu à la maladie le nom d'*engorgement hémorrhagique*. Il faut les distinguer en locaux et en généraux.

Les *symptômes locaux* sont les suivants : Les malades éprouvent vers le bassin un sentiment de pesanteur, de plénitude, de fatigue, et parfois même de chaleur inaccoutumée. Ces symptômes, avec un état d'agitation, de malaise général plus ou moins marqué, sont souvent les seuls qui annoncent la perte utérine. Dans d'autres cas, et ordinairement lorsque l'hémorrhagie doit être plus considérable, on observe, en outre, des douleurs s'irradiant vers les lombes, l'abdomen, les cuisses ; de l'ardeur, du prurit vers les organes génitaux, et enfin, dans les cas les plus graves, il y a de véritables coliques utérines, des contractions expulsives, sur lesquelles M. Duparcque a particulièrement insisté. Si, à cette époque, et avant que l'écoulement de sang ait commencé, on est appelé auprès de la malade, on trouve, en palpant et en percutant l'hypogastre, le développement de l'utérus tel qu'il a été indiqué dans l'article précédent, et par le toucher, on constate la tuméfaction du col et la pesanteur augmentée de l'organe.

Les symptômes généraux peuvent, comme je l'ai dit tout à l'heure, être bornés à un léger malaise ; mais, dans les cas graves, on a observé une tension plus ou moins grande des hypochondres, parfois la tuméfaction des mamelles, et même une douleur marquée de ces organes, sur laquelle je reviendrai à l'article *Dysménorrhée* ; des lassitudes spontanées, une céphalalgie persistante que nous retrouverons dans les symptômes de la perte sanguine, puis le développement, la dureté, l'accélération du pouls, parfois sa petitesse, et enfin, dans des cas plus rares, des horripilations, le refroidissement des extrémités, et surtout des extrémités inférieures, avec des bouffées de chaleur à la face, des alternatives de chaud et de froid dans tout le corps, des tintements d'oreilles, des vertiges.

Il faudrait bien se garder de croire que les symptômes qui viennent d'être indiqués se montrent ainsi groupés dans toutes les métrorrhagies qui présentent des prodromes. On a procédé, dans la description de cette affection, comme dans celles de toutes les hémorrhagies ; on a pris, dans les cas les plus divers, des symptômes

(1) *Dict. de méd.*, t. XIX, art. MÉTRORRHAGIE.

précurseurs isolés, et on les a ensuite réunis pour en faire le tableau des prodromes de la métrorrhagie ; mais au lit des malades on n'en trouve souvent qu'un ou deux, et bien rarement on les observe tous. Tout ce qu'il est permis de dire, d'une manière générale, c'est que ces symptômes précurseurs se montrent principalement dans les métrorrhagies dites actives, et qu'ils sont en rapport avec la violence de la perte qui doit survenir. Il y a néanmoins d'assez nombreuses exceptions à cette règle.

Symptômes pendant l'hémorrhagie. L'apparition de la perte utérine n'est pas moins variable, suivant les cas, que les symptômes précurseurs qui l'annoncent ordinairement. Quelquefois on voit le sang s'échapper *tout à coup* en quantité considérable, et parfois même on a observé une véritable hémorrhagie foudroyante, tant l'écoulement de sang s'est fait avec abondance et rapidité. Le plus souvent, au contraire, ce n'est que peu à peu que la perte utérine arrive à son summum, comme cela a lieu dans les menstrues ordinaires.

L'*impétuosité* avec laquelle s'échappe le liquide est considérable, suivant tous les auteurs, dans les cas d'*hémorrhagie active* ou bien d'*hémorrhagie aiguë*. Mais ce n'est pas sur un résumé exact d'un assez grand nombre de faits que cette opinion a été établie. On voit fréquemment, soit chez les femmes déjà anémiques, soit dans des cas de cancer de l'utérus, circonstances dans lesquelles on observe plus particulièrement les métrorrhagies regardées comme passives, de grandes pertes de sang survenir tout à coup ou très rapidement. J'ai eu récemment sous les yeux une femme affectée de cancer, qui a eu, sans symptômes précurseurs, sans aucun des signes attribués à la métrorrhagie active, une perte utérine telle que la malade avait l'aspect exsangue et qu'elle était dans le plus haut degré de faiblesse.

Dans la métrorrhagie que nous avons appelée aiguë, pour suivre la distinction mentionnée plus haut, mais sans attacher d'autre valeur à ce mot, on observerait, d'après les auteurs, *la couleur rutilante*, *un degré élevé de température*, *une grande coagulabilité du sang ;* tandis que dans les autres espèces on trouverait des caractères opposés. Mais ce n'est pas à la plus ou moins grande durée de l'hémorrhagie, ni même jusqu'à un certain point, à la présence ou à l'absence de symptômes de congestion locale et générale, que se rapportent ces divers caractères ; c'est bien plutôt à l'état dans lequel se trouve la malade au moment de l'hémorrhagie. S'il s'agit d'une femme délicate, ayant le sang peu riche, ce liquide, bien que l'affection se soit accompagnée de signes de congestion, d'accélération et même de plénitude du pouls, etc., sortira pâle, non coagulé, séreux en un mot, tandis que chez une femme bien constituée, le sang perdu sera riche, même alors que la perte durera depuis assez longtemps, et qu'elle se sera produite peu à peu, sans symptômes locaux ou généraux bien marqués. Dans les cas de maladie organique, le sang peut également être riche ou pauvre et séreux, suivant l'état de la constitution. En général, les premières pertes donnent lieu à l'évacuation d'un sang riche, coloré, coagulable, tandis que lorsque l'affection a fait des progrès, et lorsque les pertes se sont succédé à d'assez courts intervalles, le sang devient toujours aqueux, et ne se coagule que faiblement ou pas du tout.

La formation de *caillots* mérite une mention particulière, quand il s'agit de l'hémorrhagie utérine. Quelquefois, en effet, ces caillots sont tellement volumineux,

qu'ils obstruent complétement la voie par où doit s'échapper le sang, et que celui-ci continuant à s'accumuler au-dessus de l'obstacle, il en résulte des accidents graves que je ferai connaître plus loin. Parfois une grande quantité de caillots est expulsée tout à coup avec beaucoup de sang liquide ; d'autres fois les caillots ne se montrent qu'en petit nombre et sous un petit volume : ils n'ont alors d'autre inconvénient que de pouvoir stationner dans le vagin, chez les femmes peu soigneuses, et de s'y altérer.

L'*abondance* de l'écoulement de sang n'a généralement pas été appréciée dans les cas d'hémorrhagie utérine comme dans les autres hémorrhagies, ce qui tient sans doute à ce que ce liquide s'écoulant sur des linges, il est difficile d'en mesurer la quantité. Tout le monde sait du reste que la quantité de sang perdue, dans un court espace de temps, peut être énorme, et l'on a cité des cas, comme je le disais plus haut, où l'hémorrhagie a été foudroyante, c'est-à-dire qu'en quelques instants la malade a été sur le point de succomber, ou même a succombé. Il faut dire, cependant, que les cas de ce genre sont extrêmement rares dans la métrorrhagie non puerpérale dont il s'agit ici. Parmi ces cas exceptionnels, les principaux appartiennent au cancer et à ces hémorrhagies constitutionnelles dont nous avons eu à parler à propos des pertes de sang de tous les organes.

Comme pour l'*épistaxis*, on a voulu reconnaître dans quelques signes particuliers si le sang provenait des artères ou des veines de l'utérus. Le docteur Ashwel (1) a récemment encore admis cette division. Ainsi, lorsque le sang est rutilant, coagulable, spumeux, chaud, certains auteurs pensent qu'il provient des artères, et qu'il s'échappe des veines lorsqu'il présente des caractères opposés. Il est inutile de dire que cette manière de voir n'est fondée sur aucune expérience, et que c'est par le raisonnement seul qu'on est arrivé à une pareille distinction, qui est inadmissible.

Plusieurs auteurs, et en particulier M. Gendrin, ont signalé des *flux de sérosité* alternant ou coexistant avec l'écoulement de sang. Nous avons vu que le liquide rendu peut être très aqueux, très peu coloré par conséquent, et se rapprocher ainsi de la sérosité ; mais je n'ai trouvé dans aucune observation la preuve que la sérosité pure ait remplacé le sang. M. Gendrin a cité à ce sujet un fait qui est bien loin d'être concluant : c'est une observation d'Albrecht (2) qui ne me paraît pas pouvoir être interprétée comme l'a fait cet auteur. Les détails qu'elle contient, et entre autres la douleur excessive éprouvée par la malade, joints à la marche de la maladie, prouvent qu'il est question d'un *cancer de l'utérus* ulcéré suivant toutes les probabilités, et sécrétant le liquide souvent très abondant qu'on observe dans cette affection. Ce n'est pas que des flux séreux ne puissent avoir lieu par l'utérus. Nous verrons, en effet, à l'article *Hydrométrie*, que, dans certaines circonstances, une sécrétion séreuse existe réellement ; mais jusqu'à présent les faits n'ont pas prouvé que ces flux remplacent l'écoulement de sang, et réciproquement. Tout ce qui a été dit, par conséquent, sur la congestion séreuse et sur les symptômes qu'elle produit dans les cas de métrorrhagie, demande à être confirmé par l'observation.

(1) *A pract. treat. on the diseas. peculiar to women*; London, 1845.
(2) *Miscell. curios., sive ephem. med. phys. germ. Acad.*, dec. III, ann. V et VI, obs. 21, *De leucorrh. atrociss. cum hæmorrh. uter.*, etc.

Ces réflexions ne s'appliquent pas aux flueurs blanches, ou flux muqueux, qui se montrent fréquemment chez les femmes affectées de métrorrhagie. Ces flueurs blanches ne nous présentent rien d'intéressant à considérer, si ce n'est que, comme celles qui accompagnent les règles, elles sont plus abondantes peu de temps avant l'hémorrhagie et quelque temps après, qu'à toute autre époque. C'est surtout dans les *métrorrhagies de longue durée*, et se reproduisant à des intervalles plus ou moins éloignés, que se remarque ce symptôme.

L'hémorrhagie utérine a fréquemment lieu sans *douleurs*, lorsqu'elle est idiopathique; il arrive même ordinairement que l'issue du sang fait cesser la pesanteur hypogastrique et les souffrances que nous avons vues résulter de la congestion utérine. Cependant un certain degré de douleur peut coïncider avec l'écoulement du sang, alors même qu'il n'y a pas de lésion organique de l'utérus, et tous les auteurs ont attribué ce symptôme à la persistance de la congestion. Il faut toutefois reconnaître qu'ils peuvent avoir un caractère névralgique, et ce qui le prouve, ce sont les succès obtenus par M. Mitchell (1) à l'aide de la cautérisation lombaire avec le fer chaud.

Dans les cas de cancer, la douleur peut exister, quoiqu'elle ne soit pas, à beaucoup près, constante, à toutes les époques où se produit l'hémorrhagie, et alors on a pour l'expliquer, d'une part, l'engorgement sanguin, et de l'autre le cancer lui-même.

Mais les douleurs ne sont jamais plus vives que lorsqu'il se forme un ou plusieurs *caillots*, qui interceptent le cours du sang, et dont la matrice tend à se débarrasser. Ce sont alors de véritables *coliques utérines*, dont plusieurs auteurs, et entre autres Lisfranc, ont cité des exemples. Dans les cas de ce genre, il a suffi d'enlever les caillots et de rétablir l'écoulement pour faire cesser aussitôt les douleurs vives qu'éprouvaient les malades.

L'*examen* des organes qui sont le siége de l'hémorrhagie doit toujours être fait avec soin. Il donne des résultats différents, suivant qu'on a affaire à un écoulement de sang idiopathique ou à une métrorrhagie symptomatique. Dans le premier cas, si l'on pratique le *toucher*, on trouve le col plus ou moins volumineux, mou et un peu chaud, lorsqu'il s'agit d'une métrorrhagie commençante chez une femme encore robuste, et surtout lorsqu'une congestion utérine un peu forte a précédé l'hémorrhagie. Si, au contraire, il s'agit d'une femme débilitée, soit par la métrorrhagie elle-même, après des pertes multipliées, soit par une autre maladie, la mollesse et la spongiosité du col de l'utérus peuvent être les seuls signes observés. Dans tous les cas, le col est plus ou moins entr'ouvert et admet l'extrémité du doigt.

Si l'on a affaire à une métrorrhagie symptomatique d'une affection de l'utérus, et nous savons que, à part les *polypes* qui sont du domaine de la chirurgie, le *cancer* de la matrice est l'affection qui donne presque exclusivement lieu à ces pertes sanguines, on trouve le col tuméfié et offrant des saillies dures, qui le rendent inégal, ou bien des déperditions de substance, en un mot les signes que j'aurai à décrire lorsqu'il sera question du cancer de l'utérus.

L'*inspection à l'aide du spéculum* fait apprécier plus exactement la tuméfaction

(1) Voy. article *Leucorrhée*.

du col. Celui-ci est d'un rouge foncé, il saigne lorsque les branches du spéculum le touchent, et l'on aperçoit son ouverture béante, parfois très dilatée, qui laisse échapper le sang venant de la cavité utérine. Le col présente fréquemment des granulations, des érosions autour de son ouverture; mais il ne faut pas croire que ce soit là la source de la métrorrhagie; si, en effet, on étanche le sang avec un pinceau, on voit les portions granulées ou érodées rester sèches, tandis que le sang continue à couler par l'ouverture du col. Quant à la petite quantité de sang qui s'échappe souvent des érosions, surtout lorsqu'on presse sur elles, on ne saurait la regarder comme constituant une métrorrhagie, ou du moins, pour le praticien, ce n'est qu'un léger accident, qu'il serait inutile de décrire comme une affection distincte. En écartant les lèvres du col, on aperçoit parfois les fongosités signalées par M. Jobert.

Des *symptômes généraux*, très divers, suivant les cas, et suivant que la maladie a déjà duré plus ou moins longtemps, se montrent dans la métrorrhagie. Si l'écoulement de sang a lieu chez une femme fortement constituée et pléthorique, et s'il ne dépasse pas une certaine limite, quoique constituant une véritable hémorrhagie, il en résulte parfois un bien-être général, et surtout un soulagement marqué du côté du bassin. Mais si l'hémorrhagie se prolonge, on observe tous les accidents qui vont être mentionnés lorsqu'il s'agira des métrorrhagies chez les femmes débilitées, et des métrorrhagies qu'on a désignées sous le nom de chroniques.

L'abondance de la perte a nécessairement une grande influence sur la production des symptômes généraux. Si elle est extrêmement considérable, on observe tous les accidents des grandes hémorrhagies, tels que la lipothymie, les horripilations, la sueur froide, l'impossibilité de se mouvoir, la petitesse du pouls, etc.; mais il est bien rare qu'on rencontre, hors de la parturition, des hémorrhagies utérines capables de produire de semblables accidents. Il est néanmoins, dans la métrorrhagie comme dans toutes les hémorrhagies, des cas dans lesquels les défaillances, les tremblements des membres, et d'autres signes des grandes pertes de sang, se montrent sans que l'écoulement ait été très considérable. La frayeur éprouvée par les malades peut seule rendre compte de ces phénomènes, et c'est ce qui nous explique pourquoi ils se montrent bien plus rarement dans la métrorrhagie que dans les autres affections du même genre, et surtout dans l'hémoptysie. Les femmes, étant sujettes aux pertes de sang naturelles par cette voie, s'effraient difficilement, même lorsque l'hémorrhagie est assez considérable.

Des accidents nerveux d'un autre genre accompagnent fréquemment la métrorrhagie. Ce sont ceux que nous avons déjà signalés à propos de la congestion utérine. C'est une irritabilité parfois très grande, des attaques d'hystérie, des *troubles nerveux* variables. Les auteurs ont cité des cas où ces symptômes se montrent même avant que les malades aient perdu une grande quantité de sang; mais c'est surtout lorsque la perte a duré depuis un certain temps, et que l'anémie commence, qu'on les voit apparaître.

Un symptôme qui se rapproche des précédents par sa nature, est une *céphalalgie* parfois opiniâtre, et dont le siége est ordinairement à l'occiput. C'est aussi après une certaine durée de l'affection que cette céphalalgie se manifeste ordinairement.

Enfin une perte de sang prolongée amène les divers signes de l'anémie. Les malades pâlissent; les lèvres et la langue se décolorent; les yeux prennent cette

transparence particulière qui annonce que le sang est devenu plus séreux; ils sont entourés d'un cercle brunâtre; les femmes tombent dans la langueur, l'appétit se perd, les digestions sont troublées, on observe les symptômes de la *gastralgie* et de l'*entéralgie;* il y a un amaigrissement plus ou moins marqué; la face présente un certain degré de bouffissure, et plus tard on voit, vers le soir, survenir un gonflement œdémateux des pieds. On a cité des cas où l'*hydrothorax* et l'*ascite* se sont montrés à une époque avancée de la maladie; mais ces cas sont rares, et les circonstances dans lesquelles ces épanchements se produisent n'ont pas été bien déterminées.

Nous avons vu plus haut que l'écoulement sanguin est parfois interrompu par la *formation d'un caillot vers l'orifice utérin.* En pareil cas, l'écoulement de sang peut continuer dans la cavité utérine avec assez de force pour produire les symptômes de l'*hémorrhagie interne*, tels que les horripilations, le frisson, le tremblement des membres, le froid des extrémités, la sueur froide, la pâleur, les lipothymies, etc.; mais ces phénomènes ne s'observent guère que dans les cas d'hémorrhagie utérine après l'accouchement. Lorsqu'il en est ainsi, la *palpation* et la *percussion* de l'hypogastre ont la plus grande importance, car elles font reconnaître l'augmentation de volume de l'utérus, et parfois même les contractions qui se produisent dans cet organe pour chasser le sang qu'il contient.

Dans cette description, je n'ai pas fait entrer les symptômes qui appartiennent au cancer de l'utérus, affection dans laquelle se montre si fréquemment la métrorrhagie; il suffira de les chercher à l'article consacré à cette affection; ils n'ont, en effet, rien qui nous intéresse en ce moment.

§ IV. — Marche, durée, terminaison, état du sang.

La *marche* de la maladie présente des particularités importantes. Lorsqu'il s'agit de ces métrorrhagies idiopathiques que les uns ont appelées *actives* et les autres *aiguës*, on voit la perte de sang se produire rapidement, acquérir promptement son plus haut degré, puis disparaître pour ne plus se montrer, à moins que de nouvelles causes efficientes ne viennent la reproduire. Dans la ménorrhagie, les choses se passent parfois de la même manière, c'est-à-dire qu'à une époque menstruelle, le sang s'échappe avec plus d'abondance et pendant un temps plus long qu'à l'ordinaire; puis l'hémorrhagie cesse, et, aux époques suivantes, on n'observe plus rien de semblable. D'autres fois, même lorsqu'il n'existe qu'une métrorrhagie idiopathique, la perte de sang revient à des intervalles plus ou moins éloignés, et, à chaque fois, elle laisse les malades dans un état de dépérissement plus grand. Les prodromes dont j'ai donné la description peuvent se montrer à chacune de ces nouvelles apparitions de l'hémorrhagie. Il en est de même de certains cas de ménorrhagie; cette affection peut se reproduire pendant longtemps à chaque époque menstruelle, tantôt plus, tantôt moins abondante, suivant des circonstances qu'il est impossible d'indiquer d'une manière précise. C'est là ce qu'on observe, principalement dans la *chlorose ménorrhagique.* Enfin, il n'est pas très rare de voir la ménorrhagie idiopathique suivre une marche continue; mais, alors même le sang ne s'échappe pas tous les jours avec la même abondance; parfois l'écoulement est très faible, et parfois il devient très considérable. C'est surtout vers les époques menstruelles que l'hémorrhagie augmente, et l'on a observé que ces diverses re-

crudescences sont fréquemment précédées des symptômes de congestion dont j'ai maintes fois parlé.

Dans les cas où la métrorrhagie est symptomatique d'un *cancer de l'utérus*, la marche de l'hémorrhagie est également intermittente. Nous avons vu plus haut que, dans le plus grand nombre des cas, une perte de sang marque le début de l'affection cancéreuse; ensuite tout semble rentrer dans l'ordre, jusqu'à ce qu'une nouvelle hemorrhagie se manifeste, ou bien les signes du cancer, tels que l'écoulement sanguinolent et fétide, les douleurs, etc., se produisent, et le cancer suit la marche que j'indiquerai plus loin. A des intervalles variables, il se fait de nouvelles hémorrhagies, et, comme dans la phthisie pulmonaire, il est remarquable que ces hémorrhagies deviennent de moins en moins abondantes et fréquentes, à mesure que l'affection organique fait de plus grands progrès, ce qui tient, sans aucun doute, à l'oblitération des vaisseaux et au changement de structure des tissus affectés.

On a cité des métrorrhagies *périodiques*, et dont la périodicité serait comparable à celle des fièvres intermittentes. Les faits les plus intéressants et les plus authentiques de ce genre sont ceux qui ont été recueillis par Picqué (1) et par M. Arloing (2), et que M. Roche a cités dans son ouvrage (3). Dans le cas cité par Picqué, la métrorrhagie revenait tous les jours à six heures du matin, et, dans celui qu'a rapporté M. Arloing, l'hémorrhagie avait le type tierce; toutes les deux cédèrent à l'emploi du quinquina. Les faits de ce genre sont très rares.

Il faut prendre garde de se laisser tromper par une circonstance que j'ai déjà mentionnée, et de regarder toujours comme une métrorrhagie intermittente une hémorrhagie utérine dans laquelle le sang ne s'écoule pas constamment au dehors. Il peut arriver, en effet, qu'il se forme un caillot assez volumineux pour arrêter l'écoulement, le suintement continuant à se faire dans la cavité de la matrice. En pratiquant le toucher, on voit bientôt la cause de cette suspension momentanée, et en retirant le caillot, on donne issue au sang qui s'était accumulé.

La *durée* de l'hémorrhagie utérine est des plus variables. Les métrorrhagies que l'on appelle *aiguës* n'ont qu'une durée de quelques jours; celles qui ont reçu le nom de *chroniques* peuvent se prolonger pendant un temps fort long avec les intermittences, soit complètes, soit incomplètes, que j'ai indiquées plus haut. La métrorrhagie peut exister à un tel degré, qu'il n'y ait que sept ou huit jours d intervalle entre chaque époque menstruelle. On a noté d'ailleurs des nuances infiniment nombreuses.

M. Gendrin a remarqué qu'il n'est pas un seul exemple authentique de métrorrhagie idiopathique qui se soit *terminée* par la mort. M. Requin a néanmoins vu une jeune fille chlorotique succomber à la suite de métrorrhagies abondantes qui ne reconnaissaient pas pour cause une lésion organique; et moi-même j'ai vu en 1852 une jeune femme mourir d'une métrorrhagie très abondante, par le seul fait de la perte de sang. La proposition de M. Gendrin n'en est pas moins exacte d'une manière générale. Dans les cas de métrorrhagie symptomatique d'une lésion organique, la perte de sang peut hâter la terminaison fatale en débilitant considérablement la

(1) *Journ. de méd.*, 1774.
(2) *Journ. gén. de méd.*; Paris, 1816.
(3) *Nouveaux éléments de pathol. méd.-chirurgicale*, par Roche, Sanson et Lenoir, 4e éd.; Paris, 1844, t. II, p. 48.

malade ; c'est aussi dans les cas de ce genre qu'on a vu se produire quelquefois des hémorrhagies foudroyantes. Lorsque les malades ne suivent pas un traitement convenable, lorsqu'elles font des excès, et que les parties génitales sont fréquemment excitées, il n'est pas rare de voir la métrorrhagie, qui a commencé d'une manière aiguë, prendre une marche chronique.

Il est une autre terminaison, admise par beaucoup d'auteurs, et sur laquelle il importe de dire quelques mots. Suivant eux, lorsque l'hémorrhagie se prolonge, elle tend à produire une maladie chronique fort grave, c'est-à-dire le cancer de l'utérus. Lorsque j'aurai à parler de cette dernière affection, je discuterai avec soin cette question importante : je me contenterai de dire ici qu'il résulte de l'examen attentif des faits, que, dans les cas où l'on a vu apparaître le cancer, une exploration attentive aurait pu en faire reconnaître l'existence, dès que la première hémorrhagie utérine s'est manifestée ; et s'il est quelques cas dans lesquels on a conservé des doutes à cet égard, ce que nous observons dans les cancers des autres organes suffit pour les lever ; car, dans l'estomac, dans l'intestin, dans le poumon, jamais on ne voit une hémorrhagie, quelque prolongée qu'elle soit, produire un cancer, tandis que, dès le début, cette lésion organique peut donner lieu à des hémorrhagies fort graves.

Mais quelques anatomo-pathologistes ont avancé que des caillots retenus dans les sinus utérins ou résultant du sang extravasé peuvent s'organiser d'abord, puis se transformer en cancer ; c'est encore à l'article *Cancer* que cette question devra être discutée.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je ne dirai que quelques mots sur les altérations anatomiques, qui n'ont pas une grande importance dans cette affection. On a trouvé le tissu de l'utérus spongieux, mou, imbibé de sang ; quelquefois même, il est noirâtre, friable, comme pulpeux, semblable, selon l'expression de M. Duparcque, à une rate engorgée et ramollie. Mais je dois faire observer que dans les descriptions que nous ont données les auteurs, il s'agit de métrorrhagies de nature très diverse, et que l'on n'a pas assez distingué les cas. Quelques uns ont principalement eu en vue la métrorrhagie survenant après l'accouchement. Quant aux cas où l'hémorrhagie est symptomatique du cancer, on trouve, outre les signes d'engorgement sanguin, les lésions propres à cette affection. Je n'ai pas à m'en occuper davantage ici.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Lorsque l'hémorrhagie survient hors l'époque des règles, ou assez longtemps après la cessation complète des menstrues, il n'est pas douteux qu'il existe une métrorrhagie. Mais il est souvent difficile de dire si aux époques menstruelles l'écoulement sanguin reste dans les limites physiologiques, ou s'il faut le considérer comme une métrorrhagie. Il arrive, en effet, assez fréquemment, que les femmes voient leurs règles continuer un, deux ou trois jours de plus qu'à l'ordinaire, sans que l'on regarde cette prolongation comme morbide. Où commencera donc l'état pathologique ? M. Grisolle veut que l'on ait seulement égard à l'influence que l'hémorrhagie exerce sur les principales fonctions. C'est là un moyen de diagnostic qui n'est pas sans valeur ; mais il ne faudrait pas s'en exagérer l'importance. Il

n'est pas rare, en effet, de voir des femmes qui ont pendant dix et quinze jours des pertes utérines médiocrement abondantes sans en éprouver de dérangement notable : doit-on regarder ces hémorrhagies comme entièrement physiologiques, bien qu'on sache que ces femmes n'ont habituellement leurs règles que pendant trois, quatre et cinq jours ? Il faut, je crois, tenir à la fois compte, et de l'abondance du sang qui s'écoule, et de la durée de l'hémorrhagie, et des effets produits par elle sur l'économie ; il est impossible qu'on n'arrive pas de cette manière à un diagnostic précis, sur lequel il serait inutile d'insister.

Il est un autre diagnostic bien plus important : c'est celui qui consiste à déterminer les *conditions organiques* dans lesquelles se produit l'hémorrhagie. Si elle n'a lieu qu'aux époques menstruelles, si elle n'est pas extrêmement abondante, et si, après elle, il ne reste aucun symptôme du côté de l'utérus, on peut présumer qu'il s'agit d'une simple métrorrhagie essentielle. Si, au contraire, c'est en dehors de l'époque des règles, surtout lorsque les femmes sont dans leur temps critique, ou, à plus forte raison, lorsqu'elles l'ont passé depuis un certain temps, et si après l'hémorrhagie il reste de la pesanteur dans le bassin, un écoulement jaune ou rougeâtre, avec amaigrissement et débilitation, on doit supposer l'existence d'une affection organique. L'examen par le toucher et le spéculum viendra d'ailleurs lever les doutes qui pourraient rester encore.

L'espèce d'hémorrhagie utérine la plus difficile à diagnostiquer avec précision est *celle qui est liée à la chlorose*, et sur laquelle M. Trousseau a spécialement appelé l'attention des médecins. Il y a, en pareil cas, pâleur de la face, palpitations, douleurs, en un mot les signes de la chlorose, quoique les menstrues soient très abondantes ; mais nous savons combien les signes de l'anémie consécutive aux pertes de sang se rapprochent de la chlorose : c'est au point que plusieurs auteurs ne distinguent pas ces deux états morbides l'un de l'autre (1) ; il faudrait donc évidemment établir principalement ce diagnostic sur les renseignements fournis par la malade. Si l'état de langueur, de faiblesse, si la pâleur, les palpitations, etc., ont précédé les menstrues trop abondantes, on n'aura aucun doute, il s'agira d'une métrorrhagie chlorotique. Si l'état général a coïncidé avec la première apparition des menstrues trop abondantes, le cas devient plus difficile ; et alors, comme dans les cas où les symptômes de chlorose n'ont été manifestes ni avant l'apparition de la maladie ni à son début, c'est à l'influence du traitement qu'il faudra demander la solution de cette question difficile. Je reviendrai sur ce point dans le paragraphe suivant.

Pronostic. J'ai déjà dit, à propos de la terminaison, ce qu'il y a de plus important relativement au pronostic, et je viens d'y joindre quelques nouvelles considérations à propos du diagnostic. J'ajoute seulement ici que Lisfranc considère la métrorrhagie comme une cause de stérilité, ce qui est loin d'être inadmissible, mais ce qui a besoin d'être confirmé par de nouvelles observations.

§ VII. — Traitement.

Pour exposer d'une manière convenable le traitement de la métrorrhagie, il faut nécessairement établir trois catégories. Dans la première je range les *hémorrha-*

(1) Voy. t. II, art. *Chlorose* et *Anémie*.

gies assez abondantes pour mettre la vie en danger ; dans la seconde je parlerai de ces métrorrhagies qu'on a appelées *actives* ou *aiguës*, et dans lesquelles on observe principalement la *congestion de l'utérus;* dans la troisième enfin, il sera question de la métrorrhagie dite *chronique*. Les autres distinctions établies plus haut viendront se ranger sous ces trois chefs.

1° *Métrorrhagie assez abondante pour mettre la vie en danger.* Il est fort rare, comme je l'ai dit plusieurs fois, qu'une métrorrhagie survenant hors de la parturition soit assez abondante pour mettre la vie en danger; ce n'est guère que dans les conditions où l'on observe les *hémorrhagies constitutionnelles*, qu'on a à craindre un pareil accident; cependant, comme on a cité quelques cas de ce genre, il importe d'indiquer la conduite à tenir en pareille circonstance.

Émissions sanguines. Lorsque l'hémorrhagie a été abondante, on ne peut guère être disposé à enlever encore une plus ou moins grande quantité de sang aux malades déjà anémiées; ce moyen ne saurait donc être mis en usage qu'au début de ces hémorrhagies qui s'annoncent comme très violentes, et dans lesquelles l'examen de l'utérus fait reconnaître un engorgement sanguin considérable.

Dès longtemps la *saignée générale* a été pratiquée dans la métrorrhagie, et elle est encore aujourd'hui conseillée par la plupart des auteurs; mais tous ne veulent pas qu'on y procède de la même manière. Les uns veulent qu'on enlève rapidement une grande quantité de sang par la veine, de manière à faire tomber la malade en faiblesse. Ce moyen a réussi dans quelques cas, mais il ne faut pas l'établir en règle générale. Si la femme est forte et pléthorique, on peut y avoir recours; mais il faut toujours se régler sur la quantité de sang qu'elle a déjà perdue. Lazare Rivière (1) recommande, d'après Hollerius (2), de faire de grandes saignées, mais en retirant le sang par *jets interrompus*, ce que l'on pratique en plaçant le doigt sur l'ouverture de la veine et en le retirant alternativement. L'expérience ne nous a rien appris sur l'efficacité de ce procédé. Enfin d'autres médecins préfèrent pratiquer une très petite saignée, et y revenir à des intervalles rapprochés, soit en rouvrant la veine, soit en pratiquant une autre ouverture; mais cette pratique est plus souvent suivie dans les cas où l'abondance du sang est médiocre et où la maladie dure depuis plusieurs jours.

Des *sangsues* en plus ou moins grand nombre appliquées à l'hypogastre, aux aines, aux lombes, sont conseillées lorsque des signes de congestion violente vers l'utérus se font remarquer, et dans les mêmes circonstances on applique des *ventouses scarifiées* sur les mêmes points.

Quelle est la valeur des émissions sanguines dans le traitement de la métrorrhagie dont il s'agit ici? C'est ce qu'il est bien difficile de dire avec précision. Les médecins ont toujours suivi l'usage traditionnel, sans rechercher, dans l'analyse des faits, l'influence réelle du moyen employé. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est qu'il n'est guère d'agent thérapeutique qui soit plus généralement préconisé.

Ventouses sèches. Un moyen qu'il faut rapprocher du précédent consiste dans l'emploi des *ventouses sèches*. Tout le monde connaît l'aphorisme dans lequel Hip-

(1) *Praxis medicæ* lib. XV, cap. III, *De flux. mens. immod.*
(2) *Comment.*, aphor. 50, sect. V.

pocrate (1) conseille l'usage de ces ventouses. Il veut qu'on les applique sur les mamelles, et la sympathie bien évidente qui existe entre ces organes et l'utérus est, en effet, un motif d'agir ainsi; mais si le cas l'exige, on doit multiplier les ventouses et les appliquer sur la partie antérieure de la poitrine, sur les hypochondres, etc. On a, dans ces derniers temps, cité des cas où les *ventouses de M. Junod* ont arrêté des métrorrhagies assez inquiétantes; c'est aux bras qu'on les a appliquées.

Ligature des membres. La ligature des membres est aujourd'hui bien rarement pratiquée; on y avait recours autrefois plus fréquemment, comme on peut le voir dans l'ouvrage de Rivière; mais ce moyen, qu'on ne doit employer que dans les cas où la perte a été extrêmement abondante, ne trouve guère son application que dans la métrorrhagie puerpérale, dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

Compression de l'aorte. La même remarque s'applique à la compression de l'aorte, qui a réussi dans des cas graves : c'est dans les hémorrhagies survenues à la suite de l'accouchement qu'elle a été mise en usage, et l'on comprend les difficultés qu'on éprouverait à l'exercer dans d'autres circonstances.

Révulsifs. C'est encore dans le but de détourner de la matrice la fluxion sanguine, qu'on emploie les révulsifs. Ainsi l'on prescrit des *frictions irritantes* sur le dos, les lombes, les épaules, la partie antérieure de la poitrine. On peut employer pour cela un *liniment ammoniacal*, le suivant par exemple :

♃ Ammoniaque liquide...... 5 gram. | Huile d'olive................. 30 gram.
Mêlez.

ou bien encore le liniment suivant :

♃ Huile d'olive............. 30 gram. | Huile de croton tiglium........ 2 gram.
Mêlez.

Sur les mêmes points et dans le même but on applique des *vésicatoires volants* ou des *sinapismes;* mais à ce sujet il faut faire une remarque importante. L'utilité réelle de ces moyens est loin d'être démontrée avec précision. Or nous avons vu plus haut que les femmes pouvaient se trouver dans un état d'excitation très grand; on ne serait donc pas autorisé, vu l'efficacité hypothétique de ces moyens, du moins dans les cas graves dont il s'agit ici, à les mettre en usage en pareille circonstance au risque d'augmenter beaucoup cet état d'excitation nerveuse dans lequel se trouvent les malades.

Les *manuluves sinapisés*, auxquels plusieurs médecins accordent beaucoup de confiance, agissent de la même manière que les moyens qui viennent d'être indiqués.

Application du froid. L'application du froid est un des plus puissants moyens qu'on puisse diriger contre les hémorrhagies utérines trop abondantes. De tout temps on y a eu recours contre ces hémorrhagies, aussi bien que contre celles qui ont leur siége dans d'autres organes, et ici nous trouvons plusieurs points par lesquels nous pouvons faire agir le froid sur l'utérus. Sur l'hypogastre, on applique des compresses trempées dans l'eau de puits, dans l'eau glacée, et fréquemment

(1) *Œuvres complètes d'Hippocrate*, trad. par Littré, t. III, *Aphorismes*, sect. v, aph. 50.

renouvelées, ou mieux encore, de la glace renfermée dans une vessie. Par le vagin on fait parvenir sur le col utérin des injections d'eau froide, et enfin on administre des lavements froids. Ce dernier moyen ne doit pas être négligé ; car, en remplissant le rectum d'un liquide froid, on agit sur le corps de l'utérus à la plus faible distance possible. Il faut recommander à la malade de conserver le lavement pendant quelques minutes, et de le réitérer dès qu'il est rendu, si le cas paraît l'exiger. Quant aux injections, M. Gendrin fait remarquer, avec raison, que c'est la manière dont le froid agit le moins bien, parce que d'abord la surface sur laquelle il est porté est la moins considérable, et qu'ensuite la température du liquide est bientôt élevée par le mélange du sang avec lui.

Il ne faut pas oublier, dans l'application du froid, cette sympathie des mamelles et de l'utérus que j'ai rappelée à propos de l'application des ventouses, et en même temps qu'on agit par les applications sur la matrice, on doit employer les moyens précédemment indiqués pour attirer le sang vers les mamelles. Quelques auteurs néanmoins ont vu l'application *subite* de la glace sur les mamelles suspendre une métrorrhagie, par suite de l'espèce d'ébranlement général que produit la soustraction immédiate du calorique dans ces organes sensibles.

Les *affusions froides* et l'*immersion dans un bain froid* sont des moyens qu'on n'emploie que dans les cas les plus graves, et lorsque le danger est imminent. On doit en mesurer l'action sur l'état des forces de la malade. On commence, dans les cas de grande faiblesse, par une ou deux affusions ; puis on passe à l'immersion plus ou moins répétée, et enfin, si les forces le permettent, on laisse la malade dans le *bain froid*, pendant cinq, dix, quinze minutes. Il serait imprudent de prolonger davantage ces bains.

Topiques astringents et styptiques. Pour les applications faites sur l'hypogastre et même pour les injections dans le rectum, il suffit de l'eau froide ou de la glace ; les topiques styptiques et astringents n'auraient pas, en effet, d'action bien grande par cette voie indirecte : c'est donc pour les injections pratiquées dans le vagin qu'on a aujourd'hui presque exclusivement recours aux liquides dont il s'agit. Cependant les auteurs des derniers siècles ont mis en usage plusieurs de ces topiques, appliqués sur l'hypogastre ou sur le périnée. Je me contente, par les motifs que je viens de donner, d'indiquer les suivants, conseillés par Rivière (*loc. cit.*). Il recommande d'abord des fomentations avec un liquide dont voici la formule :

℞ Racine de bistorte......
de tormentille... } āā 15 gram.
Écorce de grenade.......
Feuille de plantin.......
de centinode..... } āā une poignée.
Feuilles de thlaspi bursa pastoris......
de prêle........ } āā une poignée.
Noix de cyprès................. 30 gram.

Faites bouillir dans :

Eau ferrée et gros vin.................. 500 gram.

Pour fomentations fréquentes sur l'hypogastre.

Je n'ai cité cette formule que pour montrer combien de médicaments divers employaient les anciens. Il en est une multitude d'autres, dont plusieurs sont des plus bizarres et qu'il serait tout à fait inutile de consigner ici ; car, en l'absence de faits confirmatifs, aucun praticien ne voudrait les mettre en usage.

Rivière recommande aussi d'appliquer sur le pubis *une éponge qu'on a fait*

bouillir dans le vinaigre, et divers onguents et liniments, qui tous excitent plus ou moins violemment la peau.

Aujourd'hui, comme je le disais plus haut, on se contente de prescrire des injections répétées plusieurs fois par jour, avec des liquides styptiques ou astringents; les suivantes, par exemple :

♃ Eau d'orge.............. 50 gram. | Vinaigre.............. 100 à 150 gram.
Mêlez.

ou bien

♃ Eau de Rabel........... 100 gram. | Eau commune.............. 500 gram.

ou encore :

♃ Extrait de Saturne........ 10 gram. | Eau de rose................ 1000 gram.
Vinaigre distillé.......... 250 gram. |

Je citerai enfin l'injection recommandée par Berends, et dont voici la formule :

♃ Sulfate de fer......de 4 à 8 gram. | Mucilage de gomme arabique.... 4 gram
Eau de sauge............. 250 gram. |

Mêlez.

Il me serait facile de multiplier ces formules; mais ce serait sans utilité, puisque rien ne prouve que, parmi ces injections diverses, il y en ait quelqu'une qui jouisse d'une vertu particulière; on n'a, par conséquent, à considérer, dans leur prescription, aussi bien que dans celle des autres injections du même genre (*alun*, *sulfate de zinc*, *noix de galle*, *tannin*, etc.), que leur plus ou moins grand degré d'action sur les tissus, de manière à la proportionner à la violence du mal, appréciation qui appartient tout entière au praticien.

Tamponnement. Il est extrêmement rare, comme je l'ai déjà fait observer, que la métrorrhagie non puerpérale soit assez grave pour exiger la plupart des moyens précédents; à plus forte raison doit-on peu redouter d'avoir à employer le tamponnement, qui n'est nécessaire que dans les cas extrêmes. Aussi ne décrirai-je pas ici cette opération fort simple, qui ne demande qu'un peu de soin. On trouvera dans le premier volume de cet ouvrage (1) l'indication des divers liquides dont on peut aider l'action du tamponnement, dans les cas où on le juge convenable.

M. le docteur Gariel a imaginé un procédé particulier de tamponnement. M. Diday l'a employé avec succès, et le passage suivant d'un article qu'il a publié dans la *Gazette de Lyon*, fera connaître l'instrument de M. Gariel.

« Cet appareil excessivement simple, construit en caoutchouc vulcanisé, représente une petite vessie terminée par un long tube. Vide et roulée sur elle-même, la poche a une grosseur et une longueur bien au-dessous de celle du petit doigt. Je le graissai et l'introduisis, conduit sur l'indicateur, aussi profondément que possible, dans le vagin. Puis, tout en le maintenant toujours en place du bout du doigt, je soufflai, avec la bouche, dans le tube resté en dehors. Je donnai ainsi à la vessie une dilatation dont j'avais pris idée d'avance par une insufflation préalable, et ce petit corps, que j'avais pu faire pénétrer presque inaperçu, prit instan-

(1) Article *Épistaxis*, t. I.

tanément une ampliation telle, qu'il constitua une sphère d'environ 33 centimètres de diamètre. Je retins l'air en liant l'extrémité du tube avec un fil. » Aujourd'hui cet appareil est d'un usage habituel, ayant été appliqué aux chutes de l'utérus. L'insufflation se fait à l'aide de poires en caoutchouc que l'on remplit d'air préalablement.

A ces moyens externes, on en associe d'autres qu'on fait agir à l'intérieur ; mais, comme ils sont les mêmes dans les cas graves dont je viens de parler et dans ceux dont je vais m'occuper, je les indiquerai un peu plus loin.

2° Dans le plus grand nombre des cas, l'hémorrhagie que l'on a appelée *active aiguë*, et qui survient hors de l'époque de la parturition, est modérée et ne menace pas les jours de la malade. Mais elle peut avoir des résultats très fâcheux, si elle n'est pas convenablement traitée ; car nous avons vu qu'elle peut persister, devenir chronique, et jeter les femmes dans un état de faiblesse et d'anémie.

Nous retrouvons ici les divers moyens que nous avons déjà passés en revue, mais qui doivent être employés avec plus de modération. Ainsi, relativement à la *saignée*, c'est aux petites *saignées révulsives* de 80 à 100 grammes, répétées plus ou moins souvent, qu'il faut généralement avoir recours. Des *sangsues* sont appliquées, comme dans le cas précédent, lorsqu'il existe une congestion utérine, et l'on est quelquefois obligé d'y revenir souvent, parce que la métrorrhagie dont nous nous occupons ici n'est pas ordinairement continue, mais revient à des intervalles variables, et toujours, chez la plupart des sujets du moins, avec un état de congestion notable.

Il est beaucoup moins important, dans ces métrorrhagies modérées, d'arrêter le sang par des moyens actifs. Il est même des cas où, comme dans toutes les hémorrhagies, l'écoulement doit être respecté : c'est lorsque, après tous les signes d'une congestion violente, la perte sanguine venant à s'effectuer, les symptômes s'amendent ou cessent complétement. Il n'est pas rare alors de voir, au bout d'un certain temps, le sang s'arrêter spontanément, et, loin d'être nuisible, l'hémorrhagie a été salutaire, en faisant cesser l'engorgement de l'utérus et l'état pléthorique général. Les mêmes réflexions s'appliquent aux *hémorrhagies utérines critiques* signalées par la plupart des auteurs. Seulement je dirai, à propos de cette espèce de métrorrhagie, que les faits cités par les auteurs sont bien loin de démontrer péremptoirement son existence, et que rien ne prouve qu'on n'ait pas été trompé par de simples coïncidences. De nouvelles recherches sont absolument nécessaires sur ce point.

Lorsque cette hémorrhagie se prolonge de telle manière qu'on ne peut plus croire que la perte de sang est utile, doit-on se hâter d'employer des moyens actifs ? L'expérience de chaque jour prouve que cela n'est nullement nécessaire, et qu'une médication bien simple triomphe, dans presque tous les cas, de la métrorrhagie. M. Gendrin a donné à cette médication le nom de *méthode expectante*, quoiqu'elle ne le mérite pas complétement, puisqu'on met en usage quelques moyens dont l'efficacité n'est pas contestable.

Si donc rien ne fait craindre que la perte de sang soit nuisible à l'organisme, si la femme est assez forte, si la congestion utérine est nulle ou peu considérable, on doit se borner à prescrire un *repos absolu* dans la *position horizontale*, le bassin étant un peu plus élevé que le tronc, si les malades peuvent supporter cette posi-

tion. La chambre doit être bien aérée et sa température peu élevée. La malade sera peu couverte ; on lui épargnera, autant que possible, les grands mouvements, et en particulier les efforts pour aller à la garderobe : pour cela, on prescrira de *légers laxatifs*, des lavements émollients, huileux, etc. On veillera à ce que la circulation ne soit pas gênée par des vêtements trop serrés, et l'on éloignera de la malade tout ce qui pourrait produire chez elle une émotion morale un peu vive, de quelque nature qu'elle soit.

Pour compléter cette médication, il suffit de recommander un *régime* très léger et très doux, de prescrire les *boissons froides* et surtout à la *glace*, les *aliments froids* et pris en petite quantité à la fois ; et enfin quelques lotions d'eau froide sur l'abdomen, si l'écoulement de sang ne diminue pas promptement sous l'influence des moyens que je viens d'indiquer.

Malgré l'emploi de cette médication, on voit assez souvent la métrorrhagie persister, et chez quelques femmes très nerveuses ou débilitées, une perte de sang trop prolongée pourrait avoir de grands inconvénients ; il est alors nécessaire de recourir à des moyens actifs, qui tous sont employés dans la métrorrhagie à marche chronique, et que, pour cette raison, je vais exposer dans le traitement de cette espèce.

3° Que la métrorrhagie se soit montrée sous forme chronique dès le début, ou que, après avoir eu des signes de pléthore, de congestion, de réaction, les femmes affaiblies par la perte de sang aient maigri, pâli, et n'aient plus rendu qu'un sang peu coloré et presque séreux, les moyens à mettre en usage sont les mêmes.

On n'a pas à recourir, en pareil cas, aux émissions sanguines, ou, si un engorgement permanent de l'utérus exige qu'on applique quelques *sangsues*, on ne doit les appliquer qu'en petit nombre, et les laisser couler peu de temps, car une trop grande perte de sang ajouterait beaucoup à la faiblesse et à l'anémie, et peut-être sans triompher de la congestion utérine.

Médication interne. Un nombre très considérable de médicaments a été prescrit dans la métrorrhagie. Beaucoup d'entre eux sont mis en usage dans toutes les hémorrhagies. Je dois me borner à indiquer les principaux.

Acides. Les acides ont été employés par presque tous les praticiens, et l'on a principalement recours aux *acides minéraux*. M. Mialhe (1) est venu nous donner l'explication de cette vertu antihémorrhagique propre aux acides minéraux, et que l'expérience avait fait reconnaître sans qu'on pût s'en rendre bien compte. Ces acides sont des coagulants du sérum du sang, tandis que les acides végétaux étendus d'eau, tels qu'ils doivent être donnés à l'intérieur, sont des fluidifiants.

De tous les acides, l'*acide sulfurique* est le plus fréquemment employé ; on peut le donner sous forme de limonade, ainsi qu'il suit :

Limonade sulfurique.

℞ Acide sulfurique à 66°..... 5 gram. | Eau..................... 1500 gram.

A prendre par verrées, en ajoutant à chaque verre :

Sirop de gomme............ 30 gram.

Agitez avec soin le mélange chaque fois que vous le verserez, car l'acide gagne les parties inférieures, et les dernières doses pourraient être trop fortes.

(1) *Art de formuler*, p. XXX et suiv.

Le *julep antihémorrhagique*, tel que je l'ai indiqué à l'article *Epistaxis*, sera prescrit, si la malade répugne à prendre une trop grande quantité de liquide. Voici sa composition :

℞ Acide sulfurique......... 10 gram.	Sirop de guimauve........ 100 gram.
Mucilage de gomme arabique 500 gram.	

Mêlez. A prendre par cuillerées.

On peut employer de la même manière les *acides nitrique et hydrochlorique ;* mais il ne faudrait pas, avec quelques praticiens, regarder l'*acide phosphorique hydraté* comme ayant la même propriété, car il résulte des recherches de M. Mialhe que cette substance a, au contraire, une propriété fluidifiante. C'est pourquoi on doit penser que dans les faits cités par certains auteurs, comme Lundeberg, Meissner et Burdach, qui ont prescrit cet acide, il y a eu quelque circonstance particulière et méconnue qui a favorisé la guérison de la métrorrhagie malgré l'emploi de ce médicament.

Styptiques et astringents. L'*alun* est un des médicaments qui sont le plus généralement employés, surtout chez les femmes faibles, lymphatiques, débilitées. Le docteur John recommande la formule suivante, qui renferme d'autres médicaments dont j'aurai à m'occuper tout à l'heure.

℞ Alun.................. 4 gram.	Opium................ 0,20 gram.
Cannelle............... 1,25 gram.	

Mêlez. Faites une poudre. Divisez en quatre paquets. Dose : un toutes les quatre heures,

Cette poudre ressemble beaucoup, par sa composition, à la potion que Plenk préconisait dans les cas dont il est question. La voici :

℞ Eau de menthe.......... 120 gram.	Alun.................. 1,25 gram.
Teinture de cannelle...... 30 gram.	Sirop diacode .... 30 gram.

Mêlez. Dose : deux cuillerées à bouche, d'abord toutes les heures, et ensuite toutes les deux heures.

L'*acétate de plomb* est également donné à l'intérieur dans les mêmes circonstances ; on le prescrit en pilules ainsi qu'il suit :

℞ Acétate de plomb...... } ÂÂ 4 gram.	Sirop simple................ Q. s.
Poudre de guimauve.... }	

Faites quarante pilules. Dose : quatre ou cinq par jour.

Le *tannin* a été mis en usage, et avec succès, principalement dans les derniers temps. La *potion suivante* a été vivement recommandée :

℞ Tannin.............. 1,50 gram.	Sirop de safran au vin de Malaga. 30 gram.
Eau distillée d'absinthe. 150 gram.	

Dose : de trois à six cuillerées par jour.

Le *tan* a été recommandé par Porta qui en fixe la dose à 2 grammes et demi par jour. Mais suivant M. Trousseau, cette dose est trop faible, et l'on devrait l'augmenter d'un tiers, ou de la moitié et plus, progressivement, pour avoir une action thérapeutique réelle.

La *noix de galle* a des propriétés analogues, ainsi que le *cachou* et les autres astringents végétaux, dont par conséquent je ne dois pas m'occuper plus longtemps.

Je me contenterai de dire un mot de la *ratanhia* et du *monésia*, à cause du fréquent usage qu'on a fait, dans ces derniers temps, de ces deux substances et surtout de la première.

La *ratanhia* doit être prescrite en extrait. Cette substance fait partie d'un grand nombre de *potions* auxquelles on a donné le nom d'hémostatiques ; je me bornerai à citer les suivantes :

Potion hémostatique de Clarus.

℞ Digitale.................. 2 gram. | Eau bouillante........... Q. s.
pour obtenir 180 grammes d'infusion.

Ajoutez à la colature :

Extrait de ratanhia.......... de 2 à 3 gram.

Dose : une cuillerée toutes les trois heures.

Potion hémostatique de Hildenbrand.

℞ Extrait de ratanhia....... 4 gram. | Élixir acide aromatique.... 2 gram.
Eau de camomille........ 180 gram. |

Mêlez. Dose : deux cuillerées toutes les deux heures.

On a associé l'extrait de ratanhia à l'alun, à l'acide sulfurique, au tannin, au cachou, à diverses autres substances antihémorrhagiques, et il sera facile de faire de semblables formules. J'ajoute seulement que chez les personnes très jeunes, on peut donner cette substance en sirop que l'on prépare ainsi qu'il suit :

℞ Extrait de ratanhia...... 15 gram. | Eau.................... 120 gram.

Ajoutez à la solution :

Sirop de sucre bouillant et réduit d'un quart... 500 gram.

Le *monésia* a les mêmes propriétés que la ratanhia, et bien qu'il ait été préconisé vivement par MM. B. Derosne, Henry et Payen (1), il ne paraît pas, d'après les expériences faites par d'autres praticiens, qu'il ait aucune vertu spéciale. Comme la ratanhia, c'est sous forme d'extrait et de sirop qu'on l'administre ordinairement.

Je n'insiste pas davantage sur la médication astringente. Il serait, en effet, inutile de multiplier ces moyens, et de parler, par exemple, du *bol d'Arménie*, du *sang-dragon*, etc., que donnaient les anciens. Les moyens précédents suffisent.

Vomitifs. On a conseillé l'emploi des vomitifs, non seulement lorsque la perte de l'appétit, un mauvais goût à la bouche, la pesanteur de tête peuvent faire croire à l'existence d'un *embarras gastrique ;* mais encore dans tous les cas de métrorrhagie chronique indistinctement. Ce qui empê he qu'on puisse savoir d'une manière positive quelle est la valeur de cette médication, c'est que, comme nous l'avons vu plus haut, la métrorrhagie de moyenne intensité tend souvent naturellement à la guérison. Il n'est pas douteux néanmoins que, dans les faits cités par Alphonse Leroy (2), MM. Gendron et Osborne (3), la diminution de l'écoulement sanguin n'ait suivi de près l'administration des vomitifs. Le dernier de ces auteurs recom-

(1) *Examen chimique et médical du monésia ;* Paris, 1841, in-8.
(2) Voy. *Dict. des sc. médicales.*
(3) *Gazette méd.*, 1832.

mande l'*ipécacuanha*, à la dose de 1,25 grammes, et veut qu'on y revienne une ou deux fois, si les symptômes résistent. On emploie plus ordinairement le *tartre stibié* à dose vomitive. Alphonse Leroy recommande de répéter ce médicament plusieurs jours de suite.

Purgatifs. De légers purgatifs, comme le *sulfate de soude*, *de magnésie*, l'*eau de Sedlitz*, sont également administrés dans les mêmes circonstances. Le docteur Osterlin unit le *séné* et le *sel de Glauber* à une infusion amère et excitante, ainsi qu'il suit :

℞ Follicules de séné.......	âà 15 gram.	Sel de Glauber...........	30 gram.
Herbe de millefeuille....		Semences de fenouil......	10 gram.
de petite centaurée			

Faites infuser dans :

Eau........................ 500 gram.

Dose : une demi-tasse ou une tasse tous les matins.

Opium. Les douleurs quelquefois vives et l'état nerveux dans lequel se trouvent les malades ont naturellement engagé les médecins à recourir aux narcotiques, parmi lesquels l'opium tient la première place. Vogler (1) regarde ce moyen comme le plus efficace, et l'on trouve dans les divers recueils un assez grand nombre de mémoires où l'on vante l'efficacité de cette substance. Malheureusement les cas cités sont très divers, et la plupart se rapportent à des métrorrhagies puerpérales; en sorte que nous ne pouvons pas apprécier, d'après l'expérience, la valeur de ce médicament qui, selon quelques uns, comme Robert Thomas, doit être donné à petites doses, et, selon d'autres, à haute dose (2).

Il est certain que, lorsque des douleurs plus ou moins vives s'irradient dans le bassin, les lombes, les cuisses, l'emploi de l'opium est indiqué ; mais il faut, avant de le donner, s'assurer si ces douleurs ne sont pas dues à la présence d'un caillot ou de fausses membranes, comme dans les cas rapportés par Lisfranc ; car alors le seul moyen de les faire cesser est de débarrasser le col de l'utérus des corps étrangers qui obstruent sa cavité. Dans d'autres cas aussi, comme on en voit des exemples dans les observations de M. Duparcque, ces douleurs résultent des contractions exercées par l'utérus pour se débarrasser du sang qui engorge son tissu ; et nous avons dit plus haut que le meilleur moyen de faire cesser ces contractions expulsives est de pratiquer des émissions sanguines locales. A mesure que l'observation sera faite avec plus d'exactitude, ces cas seront déterminés avec plus de précision. 5, 10, 15 centigrammes d'opium et plus, progressivement, sont souvent nécessaires pour faire cesser les douleurs dans les *métrorrhagies désignées sous le nom de spasmodiques*, et avec la cessation des douleurs coïncide ordinairement celle de la perte utérine. Les *lavements laudanisés* sont administrés dans les mêmes cas.

Antispasmodiques. Les antispasmodiques sont prescrits dans les mêmes circonstances, mais moins généralement. Parmi eux il n'en est aucun qui ait été plus recommandé que le *camphre*, qu'on peut unir à l'opium ainsi qu'il suit :

(1) *Erfahr. über Geburt.*, 1797.
(2) Righby et Duncan, *Nouv. traité sur les hémorrhagies de l'utérus*, trad. par madame Boivin. Paris, 1818, in-8.

℞ Camphre................ 2 gram.	Sirop d'opium.......... 30 gram.
Poudre de gomme........ 6 gram.	Eau.................. 150 gram.

A prendre par cuillerées.

Je n'insiste pas sur la médication par les antispasmodiques, parce que nous n'avons sur elle que des renseignements insuffisants. Je me contente d'ajouter que, dans le cas où ils paraîtraient indiqués, on pourrait administrer en lavements l'*assa fœtida*, le *camphre*, le *musc*, etc.

Ergot de seigle. L'action spéciale du seigle ergoté a engagé à l'employer dans la métrorrhagie. C'est d'abord dans la métrorrhagie puerpérale qu'on l'a prescrit, mais ensuite on a étendu son application à tous les cas où l'on a pensé que l'utérus avait perdu sa tonicité et était dans un état d'engorgement passif. On trouve dans les recueils de médecine un assez grand nombre de faits en faveur de son efficacité (1); mais il resterait à déterminer d'une manière précise quels sont les cas où il doit être prescrit, ce que souvent le peu de détails des observations ne nous permet pas de faire. La meilleure manière d'administrer ce médicament est la suivante :

℞ Seigle ergoté récemment pulvérisé...... de 2 à 4 gram.

Divisez en quatre paquets. A prendre dans la journée, à intervalles égaux, dans une cuillerée d'eau sucrée, ou dans du pain enchanté.

M. Goupil recommande la mixture suivante :

℞ Poudre de seigle ergoté.... 4 gram	Esprit de menthe....... 0,10 gram.
Sirop simple............ 50 gram.	

A prendre par cuillerées.

C'est le même moyen qui est employé pour provoquer les contractions utérines pendant l'accouchement; seulement dans le cas dont il s'agit, il ne faut pas le donner à des intervalles trop rapprochés, et même on fera bien de *commencer par de plus faibles doses*.

Je cite la formule suivante du docteur Schussmann, parce que, avec le seigle ergoté, elle contient des substances antispasmodiques et narcotiques, et qu'elle peut être utile dans des cas où l'on a à atteindre le double but de favoriser les contractions utérines et de calmer l'excitation nerveuse :

℞ Ergot de seigle.............. 45 à 60 gram.

Faites infuser dans :

Eau bouillante................. 200 gram.

Faites dissoudre dans la colature :

Extrait de belladone..... 0,75 gram.	Eau d'amandes amères. de 2 à 6 gram.
Sirop d'opium.......... 30 gram.	

Mêlez. Une demi-cuillerée ou une cuillerée à bouche toutes les heures.

Sabine. On a été jusqu'à prescrire la sabine, quoique cette substance soit employée comme un des plus puissants emménagogues. On trouve dans le *Journal de*

(1) Voy. Arnal, *De l'action du seigle ergoté et de l'emploi de son extrait dans les cas d'hémorrhagies internes* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1849, t. XIV, p. 408) —*Rapport à l'Acad. de méd.*, par M. Danyau, le 1er octobre 1850. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XV, p. 6 et suiv.)

Hufeland plusieurs faits en faveur de cette médication, qui cependant est loin d'être généralement adoptée. Wedekind (1) et le docteur Günther (2) ont surtout préconisé ce médicament. Le dernier veut qu'on donne la *poudre de sabine* à la dose de 1,25 grammes quatre fois par jour. Cette dose est considérable, et l'expérience n'a pas parlé assez fortement en faveur de ce médicament pour qu'on doive conseiller de le prescrire en aussi grande quantité. C'est, du reste, à l'observation ultérieure à nous éclairer sur ce point.

Ferrugineux. Les ferrugineux sont donnés dans les cas où la faiblesse et l'atonie sont grandes. Mais c'est surtout pour combattre l'*anémie*, suite de la métrorrhagie, qu'on y a recours. Je renvoie par conséquent à l'article *Anémie* (3). Plus loin je parlerai de leurs effets dans la *chlorose ménorrhagique.*

M. le docteur Terrier préconise vivement l'*oxyde d'argent* associé à l'opium. La dose est en moyenne de 60 centigrammes en 12 pilules, additionnées chacune d'un douzième d'extrait d'opium; dose : 1 pilule matin et soir. S'il s'agit d'enrayer une hémorrhagie abondante, on donne l'oxyde d'argent à doses plus élevées et rapprochées : 30 centigrammes en 3 doses, à une demi-heure d'intervalle, additionnées chacune d'un sixième de grain d'extrait d'opium.

Ce médecin donne quatre observations où ce traitement eut un plein succès.

Le docteur Thweatt (4), qui a fait une étude spéciale de ce médicament, affirme que son action est surtout efficace dans la menstruation à période très rapprochée. Il est si difficile de juger l'action des moyens thérapeutiques dans des affections semblables qui souvent disparaissent d'elles-mêmes, qu'on ne peut pas admettre comme définitivement démontrée l'action de l'oxyde d'argent. Il faut nécessairement attendre de nouveaux faits.

Moyens divers. Restent maintenant un certain nombre de médicaments vantés par quelques auteurs, mais sur l'efficacité desquels nous n'avons que des renseignements insuffisants. Ainsi le *nitrate de potasse à haute dose*, conseillé par les docteurs Zucari (5) et Goupil (6), qui le donne à la dose de 8 à 16 grammes par jour dans la tisane; la *digitale*, que Brera unit à la gomme kino, ainsi qu'il suit :

℞ Digitale. .... 0,10 gram.	Gomme kino............ 0,60 gram.

Faites des paquets semblables. Doses : un toutes les deux heures.

On a encore recommandé l'*acétate d'ammoniaque*, la racine de *tormentille* (7), *la créosote, le petit-lait, le ferro-cyanate de potasse*, le *suc d'orties* (8), la *teinture de cannabine* à la dose de 5 gouttes en trois fois dans les vingt-quatre heures, etc. (9).

En même temps qu'on emploie cette médication interne, on ne doit pas négli-

(1) *Hufeland's Journal*, 1800.
(2) *Ibid.*, 1826.
(3) Voy. t. II.
(4) *The american Journal of the medical sciences*, et *Journ. des conn. méd.-chirurg.*, 16 février 1851.
(5) *Ann. univ. di med.*, 1824.
(6) *Nouv. bibl. méd.*, t. VII.
(7) Meyer, *Recept.*, 1836.
(8) Cazin, *Bull. gén. de thér.*, 30 mai 1851.
(9) Churchill, *Medical Times* et *Bull. gén. de thér.*, 30 janvier 1850.

ger les *moyens externes* indiqués plus haut à propos de la *métrorrhagie aiguë ;* seulement il faut en proportionner l'action à l'intensité du mal et aux forces de la malade.

Est-il maintenant quelques moyens qui s'appliquent plus particulièrement à certaines des espèces de métrorrhagie que nous avons indiquées plus haut? C'est d'après les symptômes que ces espèces ont été établies, et c'est aussi d'après les symptômes que le traitement précédent a été institué. Il ne nous reste à considérer que la *chlorose ménorrhagique* et la *métrorrhagie symptomatique d'une affection organique* de l'utérus. Relativement à cette dernière, on comprend tout de suite que lorsque la métrorrhagie se produit, elle doit momentanément fixer sur elle l'attention d'une manière exclusive, et faire oublier presque complétement la maladie primitive. On doit même faire complétement abstraction de celle-ci, lorsque la métrorrhagie est assez abondante pour mettre en danger les jours de la malade. Dans les cas moins graves, tout ce qu'il faut se rappeler, c'est que les femmes ont une affection organique essentiellement débilitante, et que par conséquent on ne doit employer qu'avec modération les remèdes qui tendent à augmenter cette débilitation, et en particulier les émissions sanguines.

Chlorose ménorrhagique. Quant à la ménorrhagie qu'on observe dans certains cas de chlorose, j'en ai indiqué le traitement, avec tous les détails nécessaires dans un autre article (1) ; il me suffit donc d'y renvoyer le lecteur.

M. Mitchell (2) a traité avec succès des métrorrhagies en pratiquant sur la région lombaire des *raies de feu avec le cautère rougi à blanc.* Il en fait jusqu'à dix-huit et vingt. Ce sont ces cas qui reconnaissent pour cause une *névralgie lombo-utérine* et dont j'ai déjà parlé à l'article *Leucorrhée.*

Traitement de quelques accidents. J'ai dit plus haut que la formation de caillots ou de fausses membranes peut donner lieu à des contractions expulsives, occasionnant des douleurs semblables à celles de l'accouchement. Les faits rapportés par Lisfranc (*loc. cit.*) prouvent qu'en pareil cas il n'est pas de meilleur moyen que de *retirer les caillots ou les fausses membranes*, en les détachant avec le doigt. Des *injections* peuvent favoriser cette extraction, qui quelquefois est difficile, le corps étranger étant placé trop haut dans la cavité utérine.

Si, par suite de l'oblitération du col par ces caillots ou fausses membranes, le sang continuait à s'accumuler outre mesure, et distendait la cavité utérine en produisant les symptômes de l'hémorrhagie interne, il faudrait enlever avec promptitude l'obstacle, en même temps qu'on mettrait en usage les moyens dirigés contre la métrorrhagie, qui met les jours des malades en danger. Le même accident peut se produire à la suite du tamponnement ; et en pareil cas il faut enlever les tampons, pour agir ensuite comme lorsqu'on a enlevé les caillots.

La manière dont j'ai présenté le traitement me dispense de le résumer en *ordonnances*, ce qui d'ailleurs serait beaucoup trop long, les cas étant très divers.

(1) Voy. t. II, art. *Chlorose.*
(2) *Loc. cit.*

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Métrorrhagie assez grave pour faire craindre pour la vie.* Émissions sanguines ; ventouses sèches ; ligature des membres ; compression de l'aorte ; révulsifs ; application du froid ; topiques astringents et styptiques ; tamponnement.

2° *Métrorrhagie active de médiocre intensité.* Émissions sanguines ; saignées révulsives ; repos moral et physique ; position horizontale ; air frais ; boissons froides ; aliments froids ; applications froides.

3° *Métrorrhagie chronique.* — *Médication interne :* Acides ; styptiques et astringents ; vomitifs ; purgatifs ; opium ; antispasmodiques ; ergot de seigle ; sabine ; moyens divers : digitale ; tormentille, etc. *Moyens externes*, comme dans la première catégorie, mais proportionnés à l'état de la malade.

4° *Traitement de la chlorose ménorrhagique.*

5° *Traitement de quelques accidents* : Caillots ; fausses membranes : hémorrhagie interne.

ARTICLE III.

DYSMÉNORRHÉE.

Suivant quelques auteurs, et en particulier ceux du *Compendium* (1), il n'y a pas de maladie particulière qui doive trouver place dans le cadre nosologique sous le nom de *dysménorrhée*. Cet état pathologique n'est, d'après eux, qu'un degré de l'aménorrhée. Je ne saurais partager cette opinion. On trouve, en effet, un grand nombre d'observations dans lesquelles les menstrues se produisent difficilement et avec des symptômes souvent très violents, sans que, pour cela, les règles soient diminuées ; il est bien évident que, en pareil cas, on ne peut admettre l'existence d'une aménorrhée. D'autres, comme M. Duparcque, ne font de la dysménorrhée qu'un simple symptôme, dont ils attribuent l'apparition à une lésion de l'utérus, et presque toujours à un engorgement sanguin ; mais cette manière de voir n'est pas plus admissible que la première. Sans doute, il est beaucoup de cas où une fluxion trop considérable, avec difficulté de l'exsudation sanguine, constitue l'état morbide auquel il faut rapporter les accidents divers qu'on observe dans la dysménorrhée ; mais il en est d'autres où cette fluxion n'a rien qui sorte de la règle ordinaire, et où cependant les menstrues se produisent avec difficulté et douleur ; j'en citerai des exemples. Et même, en admettant que l'engorgement sanguin fût la seule cause des accidents, il faudrait encore, au point de vue pratique, traiter à part de la dysménorrhée ; car l'état morbide désigné sous cette dénomination est formé par un ensemble de symptômes ayant une physionomie propre, et demande des moyens particuliers. Toutefois la dysménorrhée, ne consistant qu'en un trouble fonctionnel plus ou moins considérable, n'exige pas de très grands détails dans sa description.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

D'après ce que je viens de dire, on doit entendre sous le nom de dysménorrhée une difficulté plus ou moins douloureuse de la menstruation, et avec madame Boi-

(1) Voy. art. *Aménorrhée* et *Dysménorrhée*.



vin et A. Dugès, je ferai observer, que dans les cas où cette affection existe, on constate toujours la tendance naturelle à l'hémorrhagie périodique, qui est seulement entravée par des circonstances diverses. C'est là ce qui distingue la dysménorrhée de l'aménorrhée.

Cette affection a encore reçu les noms de *menorrhagia*, *paramenia*, *menstruatio difficilis*, *dysmenorrhœa*, *dysmenia*, *menstrues laborieuses*, etc. On l'observe *très fréquemment*.

II. — Causes.

En disant que l'on n'a pas étudié d'une manière méthodique les causes de la dysménorrhée, je ne fais que constater ce qui est reconnu par tout le monde. Voici néanmoins ce que nous connaissons de plus précis sur ce point.

1° Causes prédisposantes.

La dysménorrhée est fréquente surtout *dans les premières années de la menstruation ;* suivant M. Gendrin, elle diminue et souvent disparaît dans les dix années qui précèdent l'époque critique. Un *tempérament nerveux*, une *constitution sèche*, *forte* ou *faible*, sont les conditions dans lesquelles on pense, en général, qu'elle se montre plus particulièrement.

On a encore admis, comme *causes prédisposantes*, la *vie sédentaire*, ou bien un *exercice immodéré*, des *aliments mauvais et insuffisants*, ou, au contraire, une *alimentation trop succulente*. *L'habitation des grandes villes*, les *excès vénériens de toute espèce*, ou les vives *affections de l'âme ;* le *célibat*, la *continence*, l'*hérédité*, etc. Il suffit de cette énumération pour montrer combien sont peu précises nos connaissances sur l'étiologie de la dysménorrhée.

2° Causes occasionnelles.

Quant aux *causes occasionnelles*, nous pouvons dire que nous ne les connaissons nullement.

3° Conditions organiques.

Il n'en est pas de même des *conditions organiques* dans lesquelles se produit la dysménorrhée. Il en est quelques unes que nous pouvons signaler. D'abord se présente l'*engorgement sanguin*. Nous avons vu, en parlant de la congestion utérine, que les douleurs vives, un malaise général, et d'autres symptômes assez intenses l'accompagnent assez souvent et se dissipent lorsque le sang coule librement. Il y a alors une véritable dysménorrhée qui n'existe pas toujours avec l'engorgement sanguin.

Les règles sont fréquemment difficiles et douloureuses chez les femmes atteintes de *maladie organique de l'utérus*. Tous les auteurs ont cité des cas de ce genre.

Il suffit parfois de la présence d'un *polype* pour déterminer la dysménorrhée. Lisfranc en a mentionné des exemples. Ces dysménorrhées peuvent être appelées *symptomatiques*, et ce sont celles qui nous intéressent le moins ici, parce qu'elles ont leur place dans la description des maladies dont elles constituent un symptôme important.

Il arrive quelquefois que la présence d'un *caillot* ou d'une *fausse membrane* détermine, dans le cours de l'hémorrhagie mensuelle normale, les mêmes accidents

que nous avons signalés dans la métrorrhagie, et il est surprenant que les auteurs qui nous ont précédés n'aient pas mentionné cette cause de dysménorrhée. J'en ai vu un exemple bien frappant chez une jeune femme : les règles, depuis plusieurs années, n'avaient presque jamais eu lieu sans être précédées de douleurs excessives ressemblant aux plus vives douleurs de l'enfantement, et ne cessant qu'au bout de quatre, cinq, six heures, quelquefois plus, par l'expulsion d'une fausse membrane épaisse de 3 ou 4 millimètres, rougeâtre, lisse d'un côté, tomenteuse de l'autre, et ayant une étendue telle, qu'elle pouvait couvrir complétement la surface interne d'un utérus sain. La cessation des douleurs, après l'expulsion de cette fausse membrane évidemment fibrineuse, était instantanée, et le sang commençait à couler, sans autre accident, jusqu'à la fin de l'époque menstruelle. M. le docteur Oldham (1) a décrit récemment cette espèce particulière de dysménorrhée.

MM. les docteurs Mackintosh et Oldham (2) ont signalé une autre espèce de dysménorrhée à laquelle ils donnent le nom de *dysménorrhée mécanique*. Elle est due à la contraction d'un point plus ou moins élevé de la cavité du col de l'utérus. J'ai observé cette espèce, et, dans plusieurs cas, j'ai vu qu'elle était le résultat de cautérisations trop profondes faites sur le col et dans son intérieur. On détruit l'obstacle et la dysménorrhée qui en est la conséquence, par la dilatation du col, pratiquée comme la dilatation de l'urètre dans les rétrécissements. Un cas de ce genre a été traité et guéri dans le service de M. Robert à l'hôpital Beaujon (3).

M. Bennet (4), qui a eu occasion de voir plusieurs cas de ce genre, rejette l'emploi des bougies ; je décrirai au paragraphe *Traitement* le moyen employé par ce médecin.

Je dois signaler une autre espèce que j'ai observée fréquemment depuis que je m'occupe particulièrement des déviations de l'utérus. Dans les *antéflexions* et les *rétroflexions*, le calibre du canal utérin est souvent effacé au point où l'organe est vicieusement fléchi. Lorsque les règles apparaissent, le sang a de la peine à s'échapper, parce que les parois en contact dans ce point forment un obstacle. De là les douleurs utérines. Quand le sang a commencé à couler dehors, tout rentre dans l'ordre. Kivisch a également signalé ces causes de dysménorrhée et en a parfaitement indiqué le mécanisme.

Il est des cas nombreux où un examen attentif ne trouve ni fluxion exagérée, ni maladie organique, ni obstacle à la sortie du sang. En pareil cas, on a recours, pour expliquer la difficulté de la menstruation, à une altération du sang, à la pléthore ou bien à l'anémie, et plus encore à un état nerveux particulier qu'on a désigné sous le nom d'*hystéralgie cataméniale*. Sans prétendre que ces explications portent à faux, je fais observer que les recherches sur ce sujet important sont bien loin d'être suffisantes.

Enfin il faut indiquer la *névralgie lombo-utérine*, qui se mêle à tant d'affections de la matrice, et qui, depuis que je l'ai décrite, a été l'objet plus ou moins bien apprécié des recherches de plusieurs médecins.

(1) *Gaz. méd. de Londres*, extrait dans *Arch. gén. de méd.*, juillet 1847.
(2) *Loc. cit.*
(3) Voy. *Bull. gén. de thérap.*, t. XXXIII, septembre 1847.
(4) *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus*, etc., traduction de M. Aran.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de la dysménorrhée sont très variés. Pour bien les étudier, il faut tenir compte des diverses espèces que je viens d'admettre.

1° Lorsque la dysménorrhée est liée à un état fluxionnaire de l'utérus, elle offre les symptômes douloureux que j'ai décrits à l'article *Congestion utérine*, et sur lesquels il serait inutile de revenir ici.

2° S'il s'agit d'une affection organique de la matrice, de la présence d'un polype, les symptômes peuvent être et sont, en effet, presque toujours les mêmes que dans le cas précédent ; car alors la fluxion utérine, aux époques menstruelles, est un phénomène fréquent.

3° La dysménorrhée due à la présence d'un caillot ou d'une fausse membrane mérite une mention particulière. On a vu, dans le fait que j'ai cité plus haut, que les *douleurs* peuvent être excessives ; elles sont, dans tous les cas, d'une violence notable, et elles ont pour caractère de cesser brusquement par l'expulsion du corps étranger.

Il faut, dans tous les cas de dysménorrhée, mais surtout dans ceux où l'on a quelque raison de croire à la formation de ces corps étrangers, avoir soin de *toucher* les femmes. En pareille circonstance, comme dans la *ménorrhagie*, on peut, en effet, reconnaître la présence des corps étrangers, et en favoriser l'expulsion, ou même, dans quelques cas, en pratiquer l'extraction.

4° Les douleurs qui constituent la dysménorrhée hystéralgique, ou *hystéralgie cataméniale*, constituent, comme dans les espèces précédentes, le principal symptôme. Elles restent fixées dans le bassin, ou s'irradient au loin, ou enfin occupent d'autres parties du corps.

5° A l'aide d'une sonde utérine introduite dans le col, il faut rechercher si celui-ci n'est pas rétréci.

6° Par le toucher et par l'introduction de la sonde utérine, on s'assure s'il n'y a pas une inflexion qui efface le calibre du canal utérin.

7° Par la pression, on doit rechercher s'il existe des points douloureux sur le col et sur le trajet des nerfs lombaires. Un des principaux est dans les fosses iliaques.

Les *douleurs* fixées dans le bassin ressemblent complétement à celles qu'on observe dans la fluxion utérine : ce sont des tiraillements, des élancements, un sentiment de torsion, de chaleur incommode dans le vagin. Celles qui s'irradient au loin consistent en tiraillements dans les lombes, les cuisses, les aines, et en élancements souvent très douloureux. Enfin les douleurs fixées autre part présentent souvent, comme j'ai pu m'en assurer dans de nombreuses circonstances, le *caractère névralgique*. J'ai vu, en effet, chez des femmes, des névralgies intercostales et lombo-abdominales, avec les points douloureux qui les caractérisent, et des migraines névralgiques, durer pendant un, deux, trois jours, quelquefois plus, avant l'apparition des règles, et disparaître lorsque l'hémorrhagie s'établissait. Et de plus j'ai constaté, dans un bon nombre de cas, l'existence de points névralgiques sur le col de l'utérus et sur le trajet des nerfs lombaires (1). Depuis lors, MM. Malgaigne

(1) Voy. *Traité des névralgies*, Paris, 1841, et *Bull. gén. de thér.*, janvier 1847.

et Beau, dont je mentionnerai plus loin les recherches, ont fait des observations semblables.

Il n'est pas rare de voir des *douleurs des seins* survenir par suite d'une turgescence facile à apprécier lors de l'éruption difficile des règles. Quelquefois les femmes éprouvent un brisement marqué des membres, des douleurs d'estomac, des digestions difficiles. Quelques unes enfin ont de véritables attaques d'*hystérie*.

M. Gendrin a cité une observation remarquable par le nombre et la violence des symptômes, bien que le volume normal de l'utérus fût constaté, à l'aide du toucher par le vagin et par le rectum. On observa, dans ce cas, des coliques violentes presque continues, une vive *sensibilité à la pression* dans les régions hypogastrique et lombaire, un sentiment très pénible de courbature dans tout le pourtour du bassin et dans les cuisses, une *tuméfaction douloureuse des mamelles*, du *dévoiement*, des *épreintes*, des *nausées*, des *efforts de vomissement*, et en même temps des *défaillances*, des *syncopes*, une *vive douleur de tête*, et par moments des *accidents spasmodiques hystériformes*. Il est rare que la dysménorrhée soit portée à un aussi haut degré.

Dans tous les cas, il y a un *malaise général*, souvent une *céphalalgie* occupant toute la tête, et plus forte vers la nuque. Les malades sont extrêmement irritables, fantasques, bizarres; elles ont quelquefois des bouffées de chaleur au visage, et quelquefois des horripilations; et ce qu'il y a de remarquable, ce qui prouve bien la nature nerveuse de l'affection, c'est qu'au milieu de ces symptômes violents, le *pouls* reste presque toujours parfaitement calme.

Il est ordinaire de voir ces phénomènes se calmer beaucoup et même disparaître complétement lorsque l'hémorrhagie mensuelle s'établit; cependant on voit des dysménorrhées continuer même alors que le sang a commencé à couler. Presque constamment, en pareil cas, le sang s'échappe avec peine, goutte à goutte, et semble être exprimé péniblement par des contractions utérines douloureuses. Parfois même ce n'est qu'un liquide muco-séreux ou sanguinolent qui est ainsi rendu. C'est là ce que, à l'exemple d'Aétius, quelques auteurs ont appelé *stillicidium uteri*. Il est vrai de dire que cet écoulement pénible et douloureux s'observe bien plus souvent dans la dysménorrhée par engorgement sanguin de l'utérus que dans la dysménorrhée hystéralgique.

Je ne crois pas, tant s'en faut, avoir décrit toutes les nuances de la dysménorrhée; mais j'ai insisté sur les points principaux, auxquels les nuances très variées, que chacun pourra observer dans la pratique particulière, seront facilement ajoutées.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La dysménorrhée est ordinairement continue, et présente une marche croissante; c'est-à-dire que, quelques jours avant les règles, les femmes qui y sont sujettes commencent à s'apercevoir, à un malaise particulier, que leur éruption se prépare. Puis le malaise augmente, les douleurs et les autres symptômes s'y joignent, et ils arrivent à leur summum au moment où le sang va se montrer.

La *durée* de la dysménorrhée est, comme je l'ai dit plus haut, de deux ou trois jours, quelquefois néanmoins elle se prolonge davantage, et dans certains cas on ne la voit durer que quelques heures. Quant à la *terminaison* elle est toujours heureuse; mais, ainsi que nous l'avons vu, l'apparition des premières gouttes de sang ne fait

pas toujours disparaître les douleurs. Je n'ai trouvé aucune observation dans laquelle ces douleurs aient persisté après les règles. Il est des cas, sans doute, où il reste un état de souffrance de l'utérus, mais cette souffrance est causée, soit par une névralgie, soit par une maladie organique que la dysménorrhée était venue exaspérer.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je n'ai pas besoin de dire quelles sont les *lésions anatomiques* qu'on trouve dans la dysménorrhée par engorgement sanguin et par lésion organique ; elles n'appartiennent pas à la dysménorrhée elle-même. Quant à celles qui sont causées par un caillot ou par une fausse membrane, ce sont ces corps étrangers eux-mêmes qui, avec un certain degré d'engorgement, constituent les altérations anatomiques. Vient ensuite la dysménorrhée hystéralgique ; mais on n'a pas pu faire de recherches anatomiques sur ce point, et si nous nous rappelons l'état d'intégrité dans lequel une exploration attentive a trouvé l'utérus dans les cas les plus intenses, nous sommes portés à admettre que ces recherches, si elles avaient pu être faites, n'auraient conduit à aucun résultat important. Reste la dysménorrhée produite par les flexions de l'utérus, le rétrécissement de l'orifice interne, l'aplatissement du canal utérin. Il est très probable qu'avant les dernières recherches sur les déviations utérines, on a pris bien des cas de ce genre pour des dysménorrhées hystéralgiques. Je reviendrai sur ces points d'anatomie pathologique dans l'histoire des *déviations utérines*.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Le diagnostic de la dysménorrhée ne présente ordinairement aucune difficulté. La coïncidence des douleurs avec l'approche de l'époque menstruelle, leur disparition lorsque les règles sont établies ou ont suffisamment coulé, leur retour à une époque suivante, font cesser tous les doutes.

Cependant on a cité, comme pouvant être confondu avec la dysménorrhée, l'état douloureux qui résulte de la *fluxion hémorrhoïdaire*. Les douleurs, dans les deux cas, occupent le bassin et peuvent s'irradier au loin, et les symptômes généraux sont à très peu près les mêmes. Mais la turgescence douloureuse des glandes mammaires n'a pas lieu dans la fluxion hémorrhoïdaire, qui fréquemment a pu, en se montrant hors de l'époque des règles, fixer l'attention du médecin, et, dans tous les cas, l'examen du rectum, qu'il faut faire dès qu'il y a le moindre doute, lève toutes les difficultés.

Ce que le médecin est surtout intéressé à rechercher avec soin, parce qu'il peut en tirer des conclusions très utiles pour le traitement, c'est *la condition organique* dans laquelle s'est produite la dysménorrhée. Or, je dois renvoyer, sous ce rapport, aux divers articles particuliers qui concernent les états morbides auxquels se rattache la dysménorrhée, tels que la congestion sanguine, les maladies organiques, le rétrécissement, la flexion du col, la névralgie lombo-utérine. Si aucun de ces signes n'existe ; si, à l'aide du toucher par le vagin et par le rectum, on constate l'intégrité de la matrice et sa position normale, il est évident qu'on a affaire à cette espèce appelée dysménorrhée hystéralgique. Je n'ai pas, par conséquent, à présenter de tableau pour ce diagnostic si simple.

Pronostic. Le pronostic ne saurait être grave, en ce sens que les jours de la malade ne sont pas menacés. Dans certains cas de dysménorrhée symptomatique,

il est certain que les femmes sont en danger, mais ce n'est évidemment pas à la dysménorrhée elle-même qu'il faut attribuer ce danger, même en partie. On ne peut pas dire, d'un autre côté, que le pronostic ne présente jamais un côté sérieux. Il est, en effet, des dysménorrhées très rebelles, et qui peuvent être pendant de longues années une source d'incommodités très grandes pour les femmes. Je vais revenir sur ce point en parlant du traitement.

§ VII. — Traitement.

Pour exposer méthodiquement le traitement de la dysménorrhée, il faut de toute nécessité tenir compte de la division établie plus haut.

1° S'il s'agit d'une *dysménorrhée par engorgement sanguin*, il faut recourir au traitement indiqué à l'article *Congestion utérine*, en insistant beaucoup sur les *émissions sanguines locales*, sur les *émollients*, les *bains* et les *narcotiques*, à la tête desquels il faut placer l'*opium*. Les *lavements laudanisés* donnés *froids* et les vésicatoires morphinés constituent, en pareil cas, les moyens les plus efficaces qu'on puisse employer.

C'est surtout dans cette dysménorrhée que Lisfranc conseille avec instance de *petites saignées révulsives*, un peu avant chaque époque menstruelle. Après avoir bien précisé l'époque du retour des règles, et avoir noté combien de jours avant leur apparition durent ordinairement les symptômes de la dysménorrhée, on pratique, un ou deux jours avant que ces symptômes viennent à apparaître, ou pendant qu'ils existent, si l'on a été appelé trop tard, une petite saignée de 100, 120, 130 grammes, qu'on renouvelle ensuite aux époques menstruelles suivantes, jusqu'à complète guérison. M. Gendrin, qui a mis maintes fois en pratique cette médication, et notamment dans le cas que j'ai cité plus haut, lui attribue de nombreux succès.

C'est dans le même but que la médication dérivative a été mise en usage; que les uns conseillent, avec Se mert et Stahl, la *saignée du pied*, un petit nombre de *sangsues* (deux, trois ou quatre, rarement plus) aux cuisses, aux aines, au périnée, et les autres, simplement des *pédiluves sinapisés*, l'*exposition du siége à la vapeur de l'eau bouillante*, des *ventouses sèches* autour du bassin; en un mot, les moyens qui paraissent les plus propres à provoquer l'éruption du sang en le faisant affluer vers l'utérus. Il est des cas, en effet, où, bien que ce soit la fluxion qui produise les accidents, un effort de plus suffit pour déterminer le suintement sanguin et le soulagement qui en est la suite ordinaire.

En pareil cas, on propose encore de mettre en usage de *légers emménagogues*. Madame Boivin et Dugès recommandent en particulier l'*aloès* et l'*armoise*. On peut prescrire le premier de la manière suivante :

℞ Aloès	0,60 gram.	Cannelle	0,10 gram.
Extrait de gentiane	0,30 gram.		

Mêlez. Faites douze pilules. Dose : une matin et soir.

Quant à l'*armoise*, on la prescrit en infusion suffisamment édulcorée à la dose de 10 à 15 grammes par kilogramme d'eau.

Il est évident qu'on peut remplacer ces emménagogues par beaucoup d'autres; cependant je n'insiste pas sur ce point, parce que, dans l'espèce de dysménorrhée

dont il s'agit, il serait imprudent de recourir à de trop forts excitants de l'utérus. C'est au praticien à juger, d'après les symptômes, s'il doit insister sur cette médication ou l'abandonner. Dans tous les cas, les emménagogues violents ne doivent pas être employés.

2° On comprend facilement que la *dysménorrhée liée à une affection organique* de l'utérus ne demande pas de traitement particulier. Les moyens doivent être choisis suivant qu'il y a congestion utérine ou simple trouble nerveux, et unis à ceux qu'on dirige contre l'affection organique. Quant à la dysménorrhée qui est liée à l'existence d'un *polype*, on peut, par les moyens qui viennent d'être indiqués, ou par ceux qui vont être passés en revue, en calmer plus ou moins les symptômes; mais on ne la fait cesser que par l'extirpation de la production morbide.

3° La *dysménorrhée produite par la formation d'un caillot ou d'une fausse membrane* ne peut cesser, lorsqu'elle s'est produite, que par l'expulsion ou l'*extraction* de ces corps étrangers; mais on peut se demander s'il n'y aurait aucun moyen de prévenir leur formation, et d'épargner aux femmes les accidents quelquefois si violents qui précèdent les règles. Les auteurs n'ont malheureusement pas fixé leur attention sur ce point important.

L'idée qui se présente d'abord à l'esprit, c'est que, en pareil cas, le sang a une plasticité anormale; la formation si prompte et si facile des caillots, et la présence si insolite des fausses membranes fibrineuses, ne paraissent guère possibles sans cette condition. Aussi, dans le cas qui a été soumis à mon observation, et que j'ai cité plus haut, avais-je pensé qu'il serait utile de pratiquer de petites saignées de 80 à 100 grammes deux ou trois jours avant l'époque menstruelle, de faire prendre dans l'intervalle des règles sept ou huit *bains alcalins*, de prescrire à l'intérieur le *carbonate de soude* à la dose de 4 à 8 grammes par jour, en trois doses, dans un demi-verre d'eau sucrée, et enfin de conseiller une tisane d'*orge et de chiendent*, avec 0,75 grammes de nitrate de potasse. Cette médication n'empêchait pas l'emploi des *narcotiques* et des *antispasmodiques* à l'apparition des douleurs. Malheureusement, il ne m'a pas été permis de suivre l'emploi de ces moyens et d'en constater les résultats. Je les livre à l'appréciation des praticiens qui auront l'occasion d'observer des cas semblables. Les *émollients* et les *adoucissants* ne sont, du reste, pas moins nécessaires dans ces cas que dans les précédents.

4° La *dysménorrhée qui a pour cause un rétrécissement utérin* doit être traitée par la *dilatation*, à l'aide des sondes, de l'éponge, etc. J'exposerai ce traitement plus loin.

5° La *dysménorrhée par flexion* exige le redressement de l'utérus que l'on obtient à l'aide de l'*emploi journalier de la sonde utérine*, et ensuite de l'*application du redresseur intra-utérin*. Ce traitement, sur lequel je ne peux pas m'étendre ici, m'a déjà procuré un bon nombre de guérisons de déviations utérines et de la dysménorrhée qui en est la conséquence.

6° Lorsque *la dysménorrhée est due à une névralgie lombo-utérine*, il faut employer, outre les médicaments qui vont être énumérés à propos de la dysménorrhée hystéralgique, qui a beaucoup de rapport avec elle, et qui même dans beaucoup de cas cités par les auteurs reconnaissait très probablement pour cause une névralgie de ce genre, les moyens topiques dirigés contre cette affection. Ainsi, les *vésicatoires sur le trajet des nerfs lombaires*, la *cautérisation superficielle du col*

avec le fer rouge, la *cautérisation lombaire* (Mitchell), la *section du col* (Malgaigne), etc.

7° La *dysménorrhée hystéralgique* ou *hystéralgie cataméniale* est celle qu'on a traitée par le plus grand nombre de moyens. Ceux qui se sont présentés tout d'abord, et qu'on a le plus fréquemment prescrits, sont les antispasmodiques.

Antispasmodiques. Les principaux antispasmodiques mis en usage sont le *camphre*, l'*assa fœtida*, le *musc* et le *castoréum.* Ces substances ont été diversement associées entre elles ou avec d'autres, et il n'est pas de médecin qui ne sache convenablement les manier. Je me bornerai donc à indiquer seulement quelques préparations qui jouissent d'une réputation assez grande dans le traitement des accidents qui nous occupent.

L'*assa fœtida* peut être ingérée dans l'estomac sous forme de potion ou de teinture. La préparation suivante est assez usitée dans la dysménorrhée.

℞ Assa fœtida	1,25 gram.	Liqueur de corne de cerf succinée.	30 gram.

Faites une solution parfaite. Dose : de dix à vingt gouttes dans un verre d'eau, deux ou trois fois par jour.

On donne plus fréquemment encore cette substance en *lavement*, à cause de sa saveur et de son odeur repoussantes.

La formule suivante, dans laquelle le *camphre* est la substance principale, a été vivement conseillée par Dewees :

Camphre	1,25 gram.	Sucre	Q. s.
Gomme arabique	4 gram.	Eau de cannelle	30 gram.

A prendre en deux fois dans la journée.

On sait que le *camphre* se donne très souvent aussi dans un quart ou un demi-lavement, et délayé dans un jaune d'œuf. J'indiquerai plus loin celui que conseille Lisfranc, et qui contient, outre le camphre, une certaine quantité de *laudanum.*

Il n'est assurément pas de médicament qui ait joui d'une plus grande réputation contre les affections utérines et contre la dysménorrhée en particulier, que le *castoréum*, aujourd'hui assez négligé. Il fait partie d'une multitude de préparations, dont quelques unes sont remarquables par la grande quantité de substances qu'elles renferment. Je me bornerai à citer la suivante, dans laquelle entrent l'*éther* et une *substance ammoniacale*, et qui peut être prescrite dans le plus grand nombre des cas :

℞ Teinture de castoréum..	āā 10 gram.	Éther sulfurique	4 gram.
Esprit de corne de cerf...			

Dose : trente à quarante gouttes dans une tasse d'infusion de camomille.

Je pourrais citer encore des préparations analogues dans lesquelles entre le *musc ;* mais, je le répète, on les trouvera avec trop de facilité pour qu'il soit réellement utile de les consigner ici. Je dois cependant faire une mention spéciale de l'*éther*, qui est d'une utilité incontestable et du plus grand usage. Il suffit de prescrire une *potion éthérée* ordinaire.

Narcotiques. Les narcotiques sont indiqués dans la dysménorrhée hystéralgique bien plus encore que dans celle qui reconnaît pour cause un engorgement sanguin. L'*opium* est celui qu'on emploie le plus fréquemment. M. Pigeaux a réuni l'opium au camphre, sous le nom de *pilules contre la dysménorrhée*, dans la formule suivante :

℞ Opium brut............ 0,05 gram.	Camphre............... 0,30 gram.

Mêlez. Faites deux pilules. Dose : une matin et soir.

On peut ajouter, ainsi qu'il suit, le *castoréum* à ces substances :

℞ Poudre de castoréum..... 4 gram.	Extrait d'opium......... 0,50 gram.
Camphre............... 0,50 gram.	Rob de sureau.......... Q. s.

Faites douze bols. Dose : deux toutes les six heures.

Lisfranc recommande le *lavement* suivant, qu'il faut prendre presque froid, et en se couchant, pour qu'il soit plus facilement conservé :

℞ Eau de guimauve.................	Q. s. pour un quart de lavement.
Laudanum de Sydenham...........	4, 6, 8 gouttes et plus, suivant les cas.
Camphre dissous dans un jaune d'œuf.	de 0,15 à 0,30 gram.

Mêlez. Continuer ce quart de lavement tant que durent les douleurs, et même dans l'intervalle des règles.

L'extrait de *belladone* et celui de *jusquiame* peuvent aussi être mis en usage ; mais il suffit d'avoir bien établi l'indication pour que le traitement devienne facile, et que de plus grands détails cessent d'être indispensables.

Excitants. De légers excitants ont été conseillés par beaucoup d'auteurs. MM. Trousseau et Pidoux (1) insistent beaucoup sur leur utilité dans les cas de menstruation douloureuse et difficile, avec frissonnements, pandiculations, spasmes divers, et surtout coliques utérines déchirantes. Les infusions de *menthe*, de *mélisse*, de *romarin*, de *lavande*, de *serpolet*, de *sauge*, etc., sont les moyens les plus simples et les plus efficaces à mettre en usage, lorsqu'on pense que cette légère excitation est nécessaire.

Dilatation de l'orifice interne de l'utérus. Quand l'aménorrhée dépend d'un rétrécissement de la cavité du col, M. le docteur Bennet (2) emploie avec avantage les tentes en éponge de M. Simpson. « Ce sont, dit ce médecin, de très petits cônes » d'un pouce à un pouce trois quarts de longueur, dont l'extrémité la plus petite » est mousse, et qui sont enduits d'une couche mince de cire. Je prends un de ces » cônes, le plus petit ordinairement, et je le porte dans la cavité du col aussi haut » que je le peux, au moyen d'un stylet ou du mandrin de M. Simpson ; je le laisse » en place pendant vingt-quatre ou trente-six heures ; la cire qui sert d'enveloppe » à l'éponge se ramollit et protége en quelque sorte les tissus contre la dilatation » produite par le gonflement de l'éponge ; la résistance du col est vaincue, et le » résultat obtenu sans avoir irrité la membrane muqueuse..... »

« La première éponge ne pénètre pas à une profondeur de plus d'un quart de » pouce ou d'un demi-pouce ; mais chaque nouvelle tente qui est introduite pénètre » plus haut. De crainte de produire de l'irritation, je n'en introduis que chaque » cinq ou six jours, de sorte qu'il faut en général tout l'intervalle compris entre » deux périodes menstruelles pour obtenir la dilatation du col. Le jour où l'on » retire la tente, ce qui se fait au moyen d'un fil de soie qui traverse la base du » cône, il y a un écoulement muqueux assez abondant ; aussi fais-je des injections

(1) *Traité de thérap. et de mat. méd.*, t. II, p. 489, et *passim*.
(2) *Traité prat. de l'inflammation de l'utérus*, trad. par le docteur Aran ; Paris, 1850.

» froides répétées dans le vagin, afin de faire tomber l'irritation que cette manœuvre » peut avoir produite. »

Voici les détails que M. le professeur Simpson a donnés (1) sur la préparation de ces éponges.

« Les éponges que j'emploie, dit l'honorable professeur, offrent la forme d'un » cône ou d'une pyramide allongée. J'en ai de longueurs et de grandeurs diverses, » suivant le but que je me propose. Pour préparer ces tentes, on trempe un mor- » ceau d'éponge dans une forte solution de gomme arabique ; on le lie ensuite et on » le comprime autour d'une tige centrale au moyen d'une ficelle, en lui donnant la » forme d'un cône ; puis on le fait sécher, on enlève la ficelle, et plus tard on » enduit la surface de la tente avec du suif ou avec un mélange de cire et d'axonge » pour faciliter son introduction. Le canal intérieur qui doit recevoir la tige du » mandrin qui sert à porter la tente dans la cavité du col, ne doit pas avoir une » profondeur de plus d'un demi-pouce ou d'un pouce à partir de la base du cône. » Un des côtés de cette base est traversé par un fil qui sert à retirer l'éponge...... » L'introduction se fait par le même procédé que pour le cathétérisme utérin. Il » faut faire quelquefois des injections d'eau tiède pour faciliter la dilatation. »

Soins hygiéniques. Enfin j'ajoute que, dans tous les cas de dysménorrhée, les malades doivent être maintenues dans le *repos*, et surtout éviter les excitations des organes génitaux. Quant au *régime*, il doit être doux et léger chez les femmes assez fortes, et tonique, suivant Lisfranc, chez les femmes débiles.

Résumé ; ordonnances. J'ai passé en revue les principaux moyens dirigés contre la ménorrhagie. Pouvons-nous dire maintenant quelle est la valeur de cette médication ? Il n'est pas douteux que, parmi les moyens que je viens d'indiquer, il n'y en ait un certain nombre dont une expérience répétée a démontré l'efficacité. Mais l'absence d'une méthode rigoureuse, dans l'appréciation des faits thérapeutiques, se fait sentir quand il s'agit du traitement de cette maladie, aussi bien que de tant d'autres. La tâche des observateurs qui se livreront à des recherches sur ce point doit principalement consister à spécifier les moyens qui conviennent le mieux suivant des cas déterminés, et à débarrasser ce traitement d'une multitude d'agents thérapeutiques qui viennent le compliquer inutilement. En attendant, disons que, d'après l'expérience, ceux qui sont le plus utiles sont les émissions sanguines, quand il y a engorgement ; les narcotiques et les antispasmodiques, lorsqu'on voit prédominer des troubles fonctionnels, consistant surtout en violentes douleurs ; les moyens chirurgicaux quand il existe un obstacle mécanique à l'écoulement du sang.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS OU L'ENGORGEMENT SANGUIN EST ÉVIDENT.

1° Boissons émollientes et délayantes.

2° Une saignée générale dont on calcule l'abondance sur les forces de la malade. Si la dysménorrhée se produit à chaque époque menstruelle, tâcher de la prévenir par une de ces petites saignées auxquelles Lisfranc a donné le nom de *saignées spoliatives*.

(1) *Monthly Journal*, janv. 1850.

3° Application de 10, 12 à 15 sangsues sur l'hypogastre, les aines, les lombes.

4° Bains simples ou émollients.

5° Une potion calmante ; une pilule d'opium de 3, 5 centigrammes et plus par jour ; un lavement à une température peu élevée, avec addition de huit ou dix gouttes de laudanum de Sydenham.

6° Dans certains cas où l'effort hémorrhagique est évident, légers emménagogues (voy. p. 83), auxquels il faut promptement renoncer s'ils ne produisent pas d'effet.

7° Régime doux et léger ; repos dans la position horizontale.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS OU L'ON NE TROUVE AUCUN ENGORGEMENT, ET OU TOUT PORTE A CROIRE QUE LES ACCIDENTS SONT DE NATURE NERVEUSE.

1° Pour boisson, légère infusion de tilleul, de menthe, de romarin, etc., édulcorée avec le sirop de fleurs d'oranger.

2° Opium, *ut suprà.*

3° Un lavement presque froid, avec addition de six ou huit gouttes de laudanum de Sydenham, et de 10 à 30 centigrammes de camphre délayé dans un jaune d'œuf. Continuer ce traitement tant que les douleurs persistent.

4° Autres antispasmodiques (voy. p. 83 et suiv.).

5° Régime fortifiant pour les femmes débiles (Lisfranc) ; doux et léger pour les autres. Repos.

J'ajoute que l'exploration des organes doit toujours être pratiquée, ce qui fournit des indications précieuses dans les cas où il s'est formé des caillots, des fausses membranes, et où il existe des lésions de l'utérus.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Dysménorrhée par engorgement sanguin.* Traitement de la congestion utérine ; saignées révulsives ou spoliatives ; dérivatifs ; légers emménagogues.

2° *Dysménorrhée symptomatique d'une affection organique.* N'offre rien de particulier sous le rapport du traitement.

3° *Dysménorrhée par formation de caillots ou de fausses membranes.* Saignées spoliatives ; alcalins à l'intérieur et à l'extérieur ; narcotiques ; antispasmodiques.

4° *Dysménorrhée par rétrécissement du col.* Dilatation.

5° *Dysménorrhée par flexion.* Redressement de l'organe à l'aide de la sonde utérine et du redresseur intra-utérin.

6° *Dysménorrhée névralgique.* Vésicatoires ; cautérisation lombaire ; cautérisation, incision du col, etc.

7° *Dysménorrhée hystéralgique.* Antispasmodiques ; narcotiques ; légers excitants ; soins hygiéniques.

ARTICLE IV.

AMÉNORRHÉE.

J'ai exposé dans l'article précédent les motifs qui m'ont engagé à distinguer avec soin la dysménorrhée de l'aménorrhée. Nous verrons dans le cours de celui-ci qu'il

n'est pas très rare de trouver la difficulté des règles coïncidant avec leur diminution, ce qui est un cas particulier d'aménorrhée ; mais alors il y a réunion des deux affections, et la distinction n'en est pas moins juste.

Dès les premiers temps de la médecine, l'aménorrhée a fixé l'attention des observateurs, et l'on a signalé quelques unes des circonstances capitales dans lesquelles elle se manifeste ; mais ce n'est que par la suite, et surtout à des époques rapprochées de nous, qu'on a bien établi toutes les conditions de sa production. Il résulte des recherches nombreuses que nous possédons sur ce sujet, que la diminution, la suppression ou l'absence des règles est sous la dépendance d'un grand nombre d'états morbides, et que, sauf la suppression subite par cause extérieure, il n'est guère d'aménorrhée qu'on puisse considérer comme idiopathique. C'est pourquoi je pense qu'il est très important pour la pratique de simplifier la description de cette maladie, et de la borner presque entièrement à ces cas de suppression ; quant à ceux où, suivant quelques auteurs, il n'existe autre chose qu'un engorgement utérin ou tout autre état morbide qui met obstacle à l'éruption des règles, ce sont eux qui présentent des signes de dysménorrhée.

En y réfléchissant, on voit que cette manière d'envisager la question, loin d'avoir des inconvénients au point de vue thérapeutique, a les plus grands avantages ; car, à quoi servirait de décrire l'aménorrhée consécutive à d'autres affections, aux maladies chroniques, par exemple, si ce n'est à donner une importance fâcheuse à un simple symptôme et à faire croire qu'il est de quelque utilité de donner des emménagogues et d'agir sur l'utérus, lorsque ces moyens ne peuvent rien contre un état morbide dépendant d'une affection plus ou moins grave, sur laquelle l'attention doit être fixée ? A quoi servirait-il de s'appesantir sur l'aménorrhée des femmes tuberculeuses, chlorotiques, cancéreuses, quand il est démontré que chez elles il n'y a aucune utilité à chercher à rappeler les règles, et qu'on les fatiguerait vainement par des tentatives inconsidérées ? Mon sujet ainsi circonscrit, je vais présenter la description de cette maladie.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Presque tous les auteurs s'accordent à donner le nom d'aménorrhée à l'absence, à la suppression ou à la simple diminution des règles. Cette définition doit être admise ; rappelons-nous seulement que dans cet article nous ne nous occupons spécialement que de l'aménorrhée idiopathique.

Cette maladie a reçu encore les noms de *defectus menstruorum*, *suppressio menstruorum*, *amenorrhœa*, *menostasia*. Dans les limites que nous lui avons posées, elle ne peut pas être regardée comme très fréquente, tandis que si on la considère d'une manière générale, c'est un des états morbides qui se montrent le plus souvent.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Ayant presque entièrement exclu de cette description l'aménorrhée symptomatique, j'ai peu de chose à dire des causes prédisposantes, qui d'ailleurs sont peu connues. Dans les espèces qui nous restent, la cause occasionnelle est, en effet,

presque toujours suffisante pour produire la suspension de la menstruation.

Les recherches de M. Marc d'Espine (1) et de M. Brierre de Boismont ont prouvé que la *leucorrhée* retarde parfois notablement l'apparition des règles. On peut, à la rigueur, regarder ce retard comme une aménorrhée passagère, d'autant plus que ce n'est pas sans un certain nombre de symptômes qu'il a lieu dans beaucoup de cas.

L'*abus du coït* est une cause qui peut être regardée à la fois comme prédisposante et comme occasionnelle. Parent-Duchâtelet (2) a vu, dans ses relevés, que les filles publiques étaient sujettes à des alternatives d'aménorrhée et de métrorrhagie auxquelles on ne pouvait pas attribuer d'autre cause.

Enfin on a dit que l'aménorrhée est plus fréquente dans les villes que dans les campagnes : mais il faut reconnaître que c'est principalement à l'aménorrhée symptomatique que s'applique cette observation.

On voit que je ne parle ni du tempérament lymphatique et scrofuleux, ni du tempérament nerveux, ni de l'habitation dans les lieux humides, de la mauvaise nourriture, etc., etc. ; ces causes n'agissent, en effet, qu'en détériorant la constitution, en altérant le sang, en produisant des maladies chroniques, et en pareil cas, l'aménorrhée n'est qu'un épiphénomène qui ne mérite pas d'être considéré comme une maladie particulière.

2° Causes occasionnelles.

Personne n'a mieux recherché les causes occasionnelles de l'aménorrhée par suppression, que M. Brierre de Boismont (3) ; aussi vais-je lui emprunter en grande partie les détails suivants : « On peut, dit-il, réduire à trois chefs l'ordre suivant lequel se manifeste cette aménorrhée. Les causes sont *physiques*, *morales*, *inconnues*. Voici, dans les 190 observations que nous avons recueillies, comment les faits sont divisés :

Causes physiques.	68
— morales.	92
— inconnues.	30

» De toutes les causes physiques, la plus fréquente est l'*action du froid*. Les règles s'arrêtent par l'immersion des pieds, des mains, du corps, *dans l'eau froide*..... La suppression d'un vêtement habituel, le *refroidissement lorsqu'on est en sueur*, déterminent cet accident. La *suppression de la sueur des pieds* a produit plusieurs fois l'aménorrhée. Cette cause a été indiquée par le docteur Mondière, dans le mémoire qu'il a publié sur cet intéressant sujet.

» Les *coups*, les *chutes*, les *travaux*, les *indigestions*, les *fatigues*, l'*abus des médicaments* sont encore au nombre des causes que nous avons observées ; mais leur action est bien plus circonscrite. Il y a des femmes chez lesquelles l'*usage des garnitures* amène la suppression des règles.....

» Les *causes morales* sont peut-être plus nombreuses que les précédentes. La peur, la frayeur, les grandes émotions, la colère, sont celles qui agissent le plus

(1) *Arch. gén. de médecine*, 2e série, t. XI, p. 5, 305.
(2) *De la prostitution dans la ville de Paris*. Paris, 1837, t. I, p. 249.
(3) *De la menstruation*. Paris, 1842, p. 302.

ordinairement. Les *passions* entraînent aussi très souvent l'aménorrhée. Stahl (1) est d'avis que l'aménorrhée produite par les causes morales, et surtout par la *peur*, est une des plus fréquentes. »

On regrettera sans doute que M. Brierre de Boismont n'ait pas continué dans cette exposition l'analyse numérique qu'il avait commencée ; il aurait donné un plus grand intérêt à cette étiologie.

Je n'ai pas parlé de l'absence ou des vices de conformation de l'utérus, parce que ces circonstances, intéressantes pour le physiologiste, le sont très peu pour le praticien.

On a vu que, dans un nombre assez considérable de cas, l'aménorrhée a lieu sans cause appréciable. Ces cas sont ceux dans lesquels on n'observe d'abord qu'une simple diminution du flux menstruel, portant soit sur son abondance, soit sur sa durée, soit, ce qui est plus ordinaire, sur l'une et l'autre à la fois. Enfin on a cité des cas où les règles ne se sont jamais établies.

Il résulte de ce qui vient d'être dit que la cause habituelle de l'aménorrhée, dont je m'occupe dans cet article, produit ordinairement une suppression subite des menstrues.

Une remarque qu'il importe de faire à ce sujet, c'est que l'on ne peut regarder comme des aménorrhées réelles que les cas où les règles, après s'être supprimées dans le cours d'une époque menstruelle, ne se reproduisent pas à une ou plusieurs des époques suivantes. S'il en était autrement, il n'y aurait qu'une suppression *passagère* dont l'importance serait beaucoup moins grande.

Je n'ai pas parlé d'une cause qui néanmoins a été signalée par tous les auteurs, je veux dire l'occlusion du col, ou l'imperforation du vagin. Mais en pareil cas, il n'y a réellement pas aménorrhée : c'est une *rétention des règles* due à un obstacle mécanique, et qui est entièrement du domaine de la chirurgie.

M. le docteur René Vanoye (2) a cité un cas dans lequel l'aménorrhée était évidemment due à la présence de *vers lombrics dans les intestins*. Quelques vers ayant été rendus à la suite de l'emploi du calomel et des purgatifs résineux, les anthelminthiques furent administrés, une quantité très considérable d'entozoaires fut rendue, et les règles, que n'avaient pu rappeler les emménagogues les plus actifs, se rétablirent parfaitement.

§ III. — Symptômes.

Il faut avoir égard, dans la description des symptômes : 1° aux phénomènes qui surviennent immédiatement après la suppression des menstrues ; 2° à ceux qui se produisent lorsque le flux menstruel ne se reproduit pas, et 3° à ceux qui accompagnent la diminution graduelle de l'hémorrhagie mensuelle.

1° Il n'est pas très rare de voir une suppression subite des règles avoir lieu sans qu'il survienne de symptômes notables. J'ai vu des cas de ce genre, et à la Société médicale d'observation j'ai entendu le récit de plusieurs faits dans lesquels cette suppression n'a eu aucun résultat fâcheux.

Dans les cas ordinaires, on observe au contraire des phénomènes marqués. On

(1) *Theor. med. vera*, pars XIX, p. 588.
(2) *Annal. de Roulers*, 5ᵉ liv., 1849.



ttouve dans les auteurs un grand nombre d'observations où sont consignés ces divers symptômes; malheureusement les cas ne sont pas suffisamment spécifiés, et l'on voit rassemblés pêle-mêle des engorgements de l'utérus, des inflammations de cet organe, des aménorrhées survenues dans la chlorose, dans l'anémie ; en sorte qu'il est fort difficile de décider ce qui appartient en propre à l'aménorrhée.

Les symptômes les plus généralement observés sont les suivants : *Douleurs* lancinantes du bassin, s'irradiant plus ou moins loin, comme dans la dysménorrhée ; pesanteur vers le périnée, coliques utérines ; malaise général, inquiétude, lassitude, pandiculations, horripilations, vertiges, troubles de la vue, tristesse, pesanteur de tête, dégoût pour les aliments, digestions difficiles, flatuosités.

Si nous jetons un coup d'œil critique sur ce tableau, nous voyons tout d'abord combien il est peu satisfaisant pour l'esprit, et combien il serait nécessaire qu'un observateur attentif et sévère s'occupât de ce sujet intéressant. Les signes que je viens d'indiquer se rapportent si bien à l'engorgement utérin, que l'on comprend comment les auteurs qui, comme M. Duparcque, ont fixé leur attention sur les lésions organiques, n'aient dit qu'un mot en passant de l'aménorrhée, et n'aient pas cru devoir la considérer à part.

Il est ordinaire de voir, après le temps nécessaire pour l'accomplissement de la fonction menstruelle, les symptômes qui viennent d'être indiqués se calmer, sinon disparaître entièrement. Lorsqu'ils persistent à un haut degré, ils consistent dans le malaise et la faiblesse dont je viens de parler, et souvent dans une tuméfaction du ventre, avec sonorité, ou, en d'autres termes, en un ballonnement plus ou moins considérable, qui a cela de remarquable, qu'à certains moments il disparaît tout à coup ou très rapidement, pour se reproduire ordinairement au bout d'un temps plus ou moins long.

2° A l'époque menstruelle suivante, on voit le plus souvent se reproduire les accidents qui ont suivi la suppression, et, de plus, certains phénomènes sympathiques qui annoncent l'éruption des règles : le gonflement des mamelles, par exemple. Puis ces symptômes s'apaisent de nouveau, pour se montrer encore un plus ou moins grand nombre de fois aux époques suivantes. Il n'est pas très rare cependant de voir l'époque menstruelle, qui vient après la suppression, se passer sans aucun phénomène, et l'aménorrhée s'établir sans aucun accident. Dans un plus grand nombre de cas, ce n'est qu'après plusieurs époques que l'aménorrhée existe ainsi sans aucun autre signe que la suppression de l'hémorrhagie périodique.

3° Quant à l'aménorrhée qui survient progressivement et qui se manifeste, souvent sans cause appréciable, par une diminution de plus en plus considérable du flux menstruel, elle peut avoir lieu sans autre signe remarquable, comme aussi elle peut présenter à un degré variable les symptômes dysménorrhéiques qui viennent d'être passés en revue.

Je ne peux m'empêcher de faire remarquer encore ici que de nouvelles recherches sont indispensables pour nous apprendre quels sont, dans les cas qui viennent d'être indiqués, les symptômes propres à l'aménorrhée et ceux qui appartiennent à d'autres affections dans lesquelles se produit la suppression des menstrues; car on n'a pas eu toujours soin, je le répète, de distinguer les cas simples des cas compliqués.

Lorsque l'aménorrhée est établie depuis un certain temps, on peut, comme je l'ai déjà dit, n'observer aucun symptôme, toutes les fonctions, sauf l'écoulement menstruel, se faisant normalement. On a même cité des cas où les règles ne se sont jamais montrées, et où il n'y a eu aucune altération de la santé.

Mais ordinairement les femmes accusent un état maladif plus ou moins intense. Si la suppression est complète, ce sont surtout les phénomènes généraux qui attirent l'attention. La malade est affaiblie, dans un état de langueur notable, et elle présente les signes que nous avons décrits aux articles *Anémie* et *Chlorose*. Peut-on attribuer, en pareil cas, l'apparition de l'anémie à l'aménorrhée ? Cette question paraît d'une solution bien facile au premier abord ; mais si l'on examine attentivement les faits, on voit qu'il n'en est rien. C'est ici le lieu de rappeler ce que je disais dans l'article consacré à la chlorose (1). Je m'exprimais ainsi : « Quand on voit une aménorrhée succéder à une *frayeur*, et quelque temps après les signes de la chlorose se manifester, on est naturellement porté à croire que la suspension des règles est la cause déterminante qui nous occupe. Mais si l'on considère que la chlorose est loin de suivre toujours l'aménorrhée accidentelle, et que, dans les cas même où cette succession a lieu, les signes de l'altération du sang peuvent disparaître assez longtemps avant l'aménorrhée, on est déjà plus réservé dans son jugement, et bientôt les motifs de doute indiqués plus haut se présentent à l'esprit. » Ne pourrait-on pas admettre que, dans les cas où les choses se passent de cette manière, un certain état chlorotique avait été la cause prédisposante sous l'influence de laquelle la cause occasionnelle a produit la maladie ? Ce n'est pas là une supposition gratuite. Ce qui le prouve, c'est que cette cause occasionnelle est loin d'agir avec la même efficacité dans toutes les conditions où peuvent se trouver les femmes, et que, comme je le disais tout à l'heure, la production de l'anémie et de la chlorose n'a lieu, à la suite de la suppression, que chez un certain nombre de sujets. Je n'ai pas, au reste, la prétention de résoudre toutes ces difficultés : je les indique pour que les observateurs cherchent à les surmonter.

Une des suites les plus curieuses de l'aménorrhée idiopathique est, sans contredit, l'*hypertrophie de tous les tissus*. Dans ces dernières années, on en a observé deux cas très remarquables à l'Hôtel-Dieu. M. Brierre de Boismont en a publié l'histoire (2). Dans ces deux cas, il y eut suppression subite des menstrues par suite d'une vive émotion morale. Tout le corps avait pris un développement énorme, surtout chez la première malade (la nommée Marianne, qui est restée plusieurs années à l'Hôtel-Dieu). On observait en même temps des phénomènes nerveux, et il y avait eu des accidents multipliés aux époques menstruelles qui avaient suivi la suppression.

On a cité encore, comme résultant de l'aménorrhée, divers états morbides qui sont plus curieux qu'utiles à connaître pour la pratique. Je me bornerai par conséquent à signaler la *coloration bleue du corps* (3) ; la *couleur noire de la peau* (4) ; des *douleurs ostéocopes* qui résistent au traitement mercuriel (cas observé par M. Gendrin).

(1) T. II, p. 148.
(2) Obs. 104 et 105, *loc. cit.*
(3) Brierre de Boismont, *loc. cit.*, p. 221.
(4) *Journ. de méd. de Corvisart*, t. V.

Des conséquences plus graves, également signalées par M. Brierre de Boismont, qui a réuni sur ce point les faits les plus intéressants publiés par les auteurs, peuvent résulter de l'aménorrhée. Ce sont diverses *maladies mentales :* manie, lypémanie, etc.; ou encore l'*hydrophobie*, et enfin des *névroses* très variées. Il est vrai qu'on peut se demander si quelquefois on n'a pas regardé comme s'étant produites mutuellement des affections qui étaient toutes les deux sous la dépendance d'une cause générale incomplétement recherchée; mais n'y eût-il qu'un très petit nombre de faits dans lesquels le doute ne soit pas possible, le praticien doit toujours avoir présent à l'esprit la possibilité de ce rapport entre l'aliénation mentale et l'aménorrhée, car rien n'est plus important pour la thérapeutique. J'insiste sur ce point, parce que les hommes qui se sont occupés avec le plus de succès de l'aliénation mentale, et notamment Esquirol, ont accordé une grande influence aux maladies de l'utérus sur les troubles de l'intelligence.

§ IV. — Marche, durée, terminaison.

Nous avons vu que l'aménorrhée qui s'établit après une suppression ne présente pas ordinairement cette progression qu'on observe dans celle qui se produit spontanément. Cependant il est quelques cas où il en est ainsi. A la première époque, après la suppression, l'effort menstruel que nous avons vu exister ordinairement, peut être suivi de l'expulsion d'une certaine quantité de sang qui diminue ensuite à chaque nouvelle époque, jusqu'à ce que l'aménorrhée soit complète. Quelquefois on n'observe que cette simple diminution. On voit parfois, et c'est ce que l'on a constaté principalement chez les filles publiques, une aménorrhée de courte durée (deux, trois ou quatre mois) être suivie d'une véritable ménorrhagie, puis se reproduire pour se terminer encore par le même accident.

La *durée* de l'aménorrhée ne peut être limitée. On peut dire d'une manière générale que celle qui s'établit brusquement, par suppression, dure moins longtemps, surtout sous l'influence d'un traitement approprié, que celle qui s'est manifestée lentement et sans cause appréciable; mais il y a de nombreuses exceptions à cette règle.

Il est assez rare de voir l'aménorrhée, et surtout celle qui a suivi une suppression des règles, se prolonger pendant toute la vie. Le plus souvent, soit spontanément, soit, ce qui est bien plus ordinaire, sous l'influence d'un traitement actif, les règles se rétablissent, et, comme nous l'avons vu plus haut, on a quelquefois à craindre que ce rétablissement n'ait lieu par une ménorrhagie. On a dit que l'aménorrhée pouvait se terminer par une maladie organique de l'utérus; mais l'étude des faits est loin de conduire à cette conclusion. Si l'on examine attentivement les observations, on voit que déjà des signes de la maladie organique existaient lorsque l'aménorrhée s'est produite, et que ce trouble fonctionnel n'est que le résultat de l'altération de l'organe.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il n'est pas de *lésion anatomique* qu'on puisse attribuer en propre à l'aménorrhée. Sans doute, chez les femmes qui succombent après en avoir été atteintes, on trouve ordinairement des lésions importantes, soit du sang, soit de l'utérus, soit d'autres organes; mais ce sont là les traces de la maladie sous la dépendance de la-

quelle s'est produite l'aménorrhée, et non de l'aménorrhée elle-même; ce qui le prouve, c'est que, chez des femmes qui n'ont jamais été réglées, et même chez certaines qui ont vu disparaître leur flux menstruel établi depuis un temps plus ou moins long, on peut très bien ne trouver aucune lésion, de quelque espèce que ce soit, qui ait le moindre rapport à l'aménorrhée. M. Vigla a communiqué à M. Brierre de Boismont l'observation d'une femme de cinquante ans qui n'avait jamais été réglée, et qui ne présentait pour toute lésion qu'un petit kyste de l'ovaire droit, bien insuffisant pour expliquer l'aménorrhée.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Rien n'est plus facile que le diagnostic de l'aménorrhée, si on le considère d'une manière générale. Une diminution notable de la quantité du sang, se montrant à un certain nombre d'époques menstruelles, ou bien une suppression complète du flux périodique : telle est, en effet, la maladie. On ne pourrait, sous ce rapport, trouver de confusion possible qu'avec la dysménorrhée, qui s'accompagne assez souvent de la diminution du flux menstruel; mais une pareille difficulté ne saurait longtemps arrêter le médecin. Il suffit, en effet, de se rappeler qu'en pareil cas il y a réunion des deux affections, et tout embarras cesse aussitôt; de cette manière, on a trois états distincts : 1° les troubles nerveux, les douleurs vives, etc., accompagnant une menstruation suffisamment abondante : c'est la *dysménorrhée simple ;* 2° ces mêmes accidents survenant dans le cours de menstrues notablement diminuées : c'est l'*aménorrhée compliquée de dysménorrhée ;* 3° la diminution du flux menstruel sans accidents nerveux ou congestionnels notables : c'est l'*aménorrhée simple*, qui se produit assez souvent sans cause appréciable. Quant à l'*aménorrhée complète*, aucun doute ne peut s'élever sur elle. Or les trois états que je viens d'indiquer se distinguent facilement l'un de l'autre.

Mais la partie la plus importante du diagnostic est celle qui consiste à établir si l'aménorrhée est simple, idiopathique, ou si elle est sous la dépendance d'un état morbide ordinairement fort grave. Pour arriver à ce diagnostic, il faut se rappeler quels sont les états morbides dans lesquels la fonction menstruelle diminue d'activité ou cesse complétement de se faire. Or, nous trouvons d'abord les diverses affections chroniques, et surtout la phthisie et le cancer dans d'autres organes que l'utérus; puis la chlorose et l'anémie, résultant des causes diverses qui ont été indiquées aux articles consacrés à ces affections; puis les maladies de l'utérus, l'absence de cet organe, son atrophie, etc. On comprend qu'il serait beaucoup trop long d'indiquer comment les choses se passent dans ces divers cas. Le praticien se le rappellera d'ailleurs parfaitement, et il serait facile, dans tous les cas, de recourir aux descriptions des maladies que je viens d'énumérer. Il est, par conséquent, inutile d'insister davantage sur ce diagnostic.

§ VII. — Traitement.

L'élimination que j'ai faite plus haut d'un certain nombre d'espèces d'aménorrhées décrites dans les articles généraux sans aucune utilité pratique nous permettra de présenter le traitement d'une manière plus succincte, sans lui rien faire perdre de sa valeur. Il est un certain nombre de circonstances capitales auxquelles il

faut avoir égard : 1° on peut être appelé pour une suppression récente qui donne lieu à quelques uns des accidents signalés plus haut ; 2° on a à traiter une aménorrhée à la suite de suppression ou survenue spontanément, qui donne lieu, pendant les époques menstruelles, à des troubles nerveux plus ou moins violents, ou à une certaine congestion résultant de l'effort hémorrhagique arrêté ; 3° il s'agit seulement de rétablir les règles supprimées ou notablement diminuées, sans qu'aucun effort hémorrhagique se manifeste ; 4° enfin, on peut avoir à traiter ces divers états morbides que nous avons vus suivre l'aménorrhée, tels que les névroses, l'anémie, etc. Passons en revue ces divers cas, au point de vue du traitement.

1° *Traitement des accidents qui suivent de près la suppression.* Lorsque, immédiatement ou peu de temps après une suppression, il survient, ce qui est le cas le plus ordinaire, des accidents que j'ai fait connaître dans la description des symptômes, on doit d'abord, à l'aide de l'exploration directe, rechercher s'il y a engorgement de l'utérus. Si cette lésion existe, et c'est ce qu'on observe le plus souvent, on doit mettre en usage le traitement conseillé contre la *congestion sanguine de l'utérus* (1), et de plus quelques moyens particuliers. Ainsi, on prescrira des *pédiluves sinapisés ;* on fera exposer le siége de la malade à la vapeur de l'eau bouillante ; on promènera des sinapismes sur les cuisses, des *ventouses* sèches dans les mêmes points. On appliquera aux grandes lèvres, à l'anus, un petit nombre de *sangsues* (deux, trois ou quatre) ; en un mot, on mettra en usage les moyens recommandés pour ramener le sang vers l'utérus en assez grande abondance pour le faire couler.

Il ne faudrait pas néanmoins insister trop longtemps sur ces moyens, s'ils n'étaient pas suivis d'effet, car on courrait risque d'augmenter inutilement la congestion utérine ; il ne faudrait pas davantage y avoir recours, si l'on était appelé à une époque trop éloignée à la fois du moment de la suppression et de l'époque menstruelle suivante ; car on n'aurait aucun espoir fondé de faire reparaître les règles. Il vaut mieux, en pareil cas, recourir à des émissions sanguines plus abondantes, aux émollients, aux narcotiques et aux antispasmodiques, pour faire cesser les accidents, attendant, pour agir dans le but de rétablir les menstrues, que la nouvelle époque menstruelle soit proche.

Je n'ai pas à insister sur les moyens que je viens d'indiquer, car si l'on y réfléchit, on verra qu'ils ne diffèrent pas de ceux qui sont mis en usage dans la congestion utérine et dans la dysménorrhée ; je dirai seulement que dans les cas où la suppression a été causée par l'impression du froid ou par la suppression d'une transpiration locale, on met en usage quelques moyens particuliers que je vais indiquer.

Lorsque les règles se sont supprimées par suite de l'impression vive du froid sur tout le corps, de l'immersion dans l'eau, etc., les *sudorifiques* et les *excitants* diffusibles sont spécialement recommandés. On prescrit l'*infusion* de *bourrache*, de *sureau*, de *menthe*, de *sauge*, de *romarin*, etc. ; les préparations où entre *l'acétate d'ammoniaque ; l'éther ;* des *fumigations aromatiques* générales ou partielles. On entoure la malade de *vêtements chauds*, et plusieurs médecins recommandent de prescrire un *exercice assez actif*, si les forces le permettent, et si le malaise,

(1) Voy. p. 48.

l'agitation, parfois un léger mouvement fébrile ne viennent pas s'y opposer. Le rappel d'une transpiration locale supprimée se fait en entourant la partie de flanelle et de taffetas gommé, suivant la manière d'agir indiquée par M. Mondière pour reproduire la transpiration des pieds. On peut en voir les détails à l'article *Epistaxis* (tome Ier).

2° *Traitement de la suppression plus ou moins ancienne, avec symptômes de congestion au moment des règles.* Le même traitement est parfaitement applicable aux cas où, pendant les époques qui suivent la suppression, des symptômes généraux et locaux d'éruption menstruelle difficile viennent à se manifester. Comme on connaît ordinairement la manière dont les choses se sont passées aux époques précédentes, on n'est pas obligé d'attendre, pour mettre en œuvre les moyens qui constituent ce traitement, que les accidents se soient produits ou aient pris un grand accroissement; mais quatre, cinq ou six jours avant l'époque où les règles devraient apparaître, on prescrit les *pédiluves*, l'*exposition du siége à la vapeur de l'eau bouillante*, les *sangsues en petit nombre*, les *narcotiques*, les *antispasmodiques*, en un mot, un certain nombre des moyens précédents choisis suivant la prédominance de tel ou tel symptôme.

Il faut, dans le cas particulier dont nous parlons, insister davantage sur les moyens propres à produire vers l'utérus un effort hémorrhagique. On mettra surtout en usage les légers *emménagogues* que je me borne à indiquer ici, parce que tout à l'heure je vais avoir à m'en occuper avec détail; et l'on aura recours à des topiques chauds sur les parties génitales, à des *sinapismes* promenés sur les cuisses, ou encore à des *fumigations excitantes*, la suivante par exemple :

℞ Absinthe.............. }	ãã 30 gram.	Eau bouillante........... 1000 gram.
Armoise incisée......... }		

Faites infuser. Dirigez la vapeur vers les parties sexuelles.

Le docteur Chrestien (1) nous apprend qu'il est parvenu à rappeler les règles, dans des cas où il y avait éréthisme nerveux, en faisant faire toutes les deux heures, sur les parties supérieures et internes des cuisses, des frictions avec une *teinture antispasmodique* qu'il prépare ainsi :

℞ Opium..................	0,40 centig.
Alcool..................	32,00 gram.

Cette quantité peut être employée dans les vingt-quatre heures.

M. Gibson (2) cite plusieurs cas où sous l'influence des *inhalations de chloroforme*, les règles reparurent chez des femmes atteintes d'aménorrhée, aussi ce médecin n'hésite pas à recourir à ce moyen dans les cas de dysménorrhée ou d'aménorrhée par suppression, quand il n'existe pas d'inflammation.

3° *Traitement de l'aménorrhée par atonie des organes génitaux.* Les moyens mis en usage dans le but de rendre plus abondantes les règles notablement diminuées, ou de les rétablir lorsqu'elles sont supprimées, sont sans contredit les plus nombreux, car dès longtemps les médecins, frappés de la nécessité d'entretenir l'écoulement menstruel, et des accidents si variés qui résultent de sa suppres-

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 juin 1852.
(2) *Philadelphia med. Examiner*, 1852.

sion, se sont efforcés d'enrichir la médication *emménagogue* dont nous allons nous occuper.

C'est surtout à l'aide de substances prises à l'intérieur qu'on cherche à rétablir les règles ; mais parmi celles qu'ont recommandées les auteurs, il en est beaucoup qui s'adressent aux divers états morbides, dont nous avons vu plus haut la maladie qui nous occupe n'être qu'un accident secondaire ; or le même motif qui m'a fait jusqu'à présent éliminer ces états morbides m'engage à le faire encore, lorsqu'il s'agit du traitement ; car à quoi nous servirait de reproduire ici ce qui a été déjà dit avec de grands détails dans l'exposé des traitements de la chlorose, de la phthisie pulmonaire, etc. ? Il ne doit évidemment être question ici que des médicaments qui, dans l'opinion de tous les médecins, ont une action spéciale sur l'utérus, et doivent être employés dans les cas d'aménorrhée idiopathique, ou, suivant l'expression de quelques auteurs, d'aménorrhée *par atonie des organes génitaux*.

Rue ; sabine. Parmi les substances qui jouissent de la propriété emménagogue, il n'en est pas qui aient une plus grande célébrité que la *rue* et la *sabine*. Le nombre des médecins qui les ont recommandées est si grand, qu'on pourrait à peine les citer. Je me contenterai donc d'indiquer la manière la plus usitée d'employer ces médicaments.

L'*infusion* de ces substances est d'un usage général ; voici comment on les prépare :

℞ Rue fraîche............	4 gram.	Eau bouillante........	1000 gram.

Faites infuser pendant dix minutes. A prendre par tasses, avec addition de quantité suffisante de sirop de gentiane pour chaque tasse.

℞ Sabine fraîche......	2 ou 3 gram.	Eau bouillante........	1000 gram.

Faites infuser, et administrez *ut suprà*.

Si l'on faisait l'infusion avec les *plantes sèches*, il faudrait réduire de moitié la dose de la substance médicamenteuse.

Desbois (1) recommandait vivement la potion suivante qui a eu une assez grande réputation, et dans laquelle l'*armoise* se trouve jointe aux substances qui viennent d'être indiquées :

℞ Huile essentielle de rue. / de sabine.	āā 0,30 gram.	Sucre....................	30 gram.

Triturez dans un mortier de verre, et ajoutez :

Eau distillée d'armoise........	160 gram.	Eau distillée de fleurs d'oranger...	16 gram.

Dose : une cuillerée toutes les deux heures.

Tommasini (2) recommande d'unir la *sabine* à la dose de 1,25 grammes à de petites doses d'*aloès*.

La *rue* se donne également en potion, ainsi qu'il suit. Par exemple :

℞ Eau distillée de menthe poivrée. / de rue....	āā 60 gram.	Teinture de safran........	20 gouttes.
		Sirop d'armoise..........	30 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerée, toutes les deux heures.

(1) Alibert, *Élém. de thérapeutique*, t. II.
(2) Voy. *Journ. hebdomadaire de médecine*, 1834.

Ce qu'il y a surtout d'important à observer dans l'emploi de ces médicaments, comme aussi de tous les autres emménagogues, c'est de ne les donner que dans des cas où l'on est bien sûr qu'il n'y a aucune congestion de l'utérus, ou si cette congestion existe, et si l'on pense que l'effort hémorrhagique a besoin d'être un peu augmenté, d'agir avec beaucoup de ménagements, car, ainsi que l'ont constaté beaucoup de praticiens, et M. Soyer en particulier (1), si l'on manque de prudence dans un cas semblable, on peut occasionner les plus graves accidents. Ces accidents, dans un cas cité par M. Soyer, allèrent jusqu'à la plus grande agitation, à une fièvre ardente, au délire et aux syncopes.

Après ces *emménagogues proprement dits*, auxquels il faut joindre l'*armoise*, je me contenterai de citer les plantes aromatiques que j'ai eu déjà occasion de mentionner ; le *safran*, de *légers purgatifs*, etc. ; médicaments qui n'ont qu'une action adjuvante, et dont l'administration est des plus faciles, et j'indiquerai quelques autres substances préconisées par divers auteurs.

MM. Chapman et Morris (2) conseillent surtout la décoction de *polygala senega* à la dose de 4 onces (120 grammes) plus ou moins dans les vingt-quatre heures, et en élevant quelquefois la dose à 2 onces (60 grammes) toutes les heures à l'approche de l'époque menstruelle, mais en laissant ordinairement un intervalle d'une semaine ou deux, afin de ne pas dégoûter les malades.

Cette décoction se prépare en jetant 1 once (30 grammes) de racine concassée dans 500 grammes d'eau bouillante en un vase clos, et en réduisant ensuite au tiers par évaporation. On peut ajouter un amer aromatique à cette décoction pour s'opposer à ses effets nauséeux.

Aconit. Le docteur West (3) ayant remarqué, dans deux cas où l'on avait administré l'aconit, que les règles supprimées s'étaient parfaitement rétablies, donna cette substance dans plusieurs autres cas d'aménorrhée, dans lesquels la suppression datait de plusieurs mois, et vit encore les menstrues se rétablir promptement. Aussi propose-t-il d'employer ce médicament, comme emménagogue, de la manière suivante :

℞ Extrait aqueux d'aconit......... 1,50 gram.

Faites trente pilules. A prendre ainsi qu'il suit :

On commence l'administration des pilules, huit jours avant l'époque ordinaire de la menstruation, par une pilule dans la journée ; le lendemain, on en prescrit deux, et l'on augmente la dose d'une pilule par jour, de manière que le jour où les règles devraient apparaître, la malade en prenne huit.

Les faits cités par West ne sont pas nombreux ; il serait nécessaire qu'ils fussent multipliés. Je ne saurais, par conséquent, me prononcer rigoureusement sur cette médication, et je me borne à ajouter que le docteur West n'a vu aucun accident résulter de ce mode d'administration de l'aconit.

On a encore prescrit la *belladone*, recommandée d'abord par Ever (4), et puis par Sundelin et Mende ; la *jusquiame*, et d'autres narcotiques. Le docteur Richter unit la *belladone* au *calomel*, mais l'emploi de ces médicaments ne doit pas nous

(1) *Essai sur l'aménorrhée* ; Thèses. Paris, 1831.
(2) *Philadelphia med. Examiner*, 1851.
(3) *Note sur les prop. emmén. de l'aconit* (*Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. VIII, p. 427).
(4) *Nov. act. nat. cur.*, novembre 1791.

arrêter plus longtemps, parce que les cas où on les a administrés ne sont pas suffisamment spécifiés. Je dirai seulement, d'une manière générale, que les médicaments narcotiques conviennent particulièrement lorsqu'il existe des douleurs vives et une agitation marquée.

Iode. L'iode a été très vanté comme emménagogue il y a quelques années. Les docteurs Coindet, Brera (1), Sablairolles, Récamier et Trousseau (2), ont surtout insisté sur ses heureux effets dans l'aménorrhée. Suivant M. Trousseau (3), néanmoins, l'iode ne convient parfaitement que chez les femmes bien colorées, dont les règles sont simplement diminuées et coulent sans douleur, ce qui est le cas le plus rare. Cet auteur recommande la teinture d'iode, administrée ainsi qu'il suit :

℞ Teinture d'iode.... 25 à 30 gouttes.	Sirop de fleurs d'oranger. ... 30 gram.
Infusion de menthe..... 120 gram.	

A prendre dans la journée, par cuillerées à bouche.

Il faut, ajoute M. Trousseau, continuer l'emploi de ce moyen pendant deux ou trois mois. Quant à nous, nous devons remarquer que, dans les cas cités, on ne s'est pas borné à administrer l'iode, qu'on a eu, au contraire, ordinairement recours à d'autres moyens actifs, ce qui rend douteuse l'efficacité de cette substance, et exige de nouvelles expériences.

Suivant M. Trousseau, la *mixture d'hydriodate de potasse* de M. Wallace est une préparation qui convient dans les cas où l'iode est indiqué. En voici la formule :

℞ Iodure de potassium..... 8 gram.	Eau distillée............ 250 gram.

Dose : une ou deux cuillerées à bouche chaque jour.

M. Trousseau (4) emploie aussi, au moment où se produisent les congestions spontanées vers l'utérus, qui marquent les époques menstruelles, la *teinture d'iode* à la dose d'un gramme par jour dans un julep. Quelquefois les règles sont provoquées en vingt-quatre heures; mais il n'est pas dit, dans les observations que j'ai sous les yeux, si d'autres moyens n'ont pas été employés dans les intervalles.

Seigle ergoté. Le seigle ergoté n'a pas été oublié dans le traitement de l'aménorrhée, et nous voyons ainsi ce médicament être prescrit dans les affections utérines les plus opposées sous tous les rapports. Les docteurs Tracher (5), Weil, etc., en ont vanté les bons effets, mais ils n'ont pas spécifié les cas; en sorte que nous restons dans l'incertitude. L'administration du seigle ergoté ne diffère pas de celle que nous avons indiquée dans un des articles précédents.

Strychnine. Les docteurs Bardsley (6) et Churchill (7) ont mis en usage la strychnine, et le dernier de ces auteurs cite un cas où, au bout de peu de temps, la menstruation, supprimée depuis dix mois, s'est rétablie à la suite de l'administration de la strychnine, à la dose de 4 *à* 5 *milligrammes*, trois fois par jour,

(1) *Saggio clin. sull' iodio.* Padova, 1822.
(2) *Journ. des conn. méd.*, novembre 1835.
(3) *Traité de thérapeutique*, t. I, p. 276.
(4) Voy. Duclos, *Bull. gén. de thér.*, t. XXXI, novembre 1846.
(5) *The Journ. of sciences*, etc. London, 1816.
(6) *Hosp. facts and obs.* London, 1830.
(7) *The Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1834.



pour commencer, puis, en augmentant avec prudence, à celle de 6 *ou* 7 *milligrammes*, également trois fois par jour. Administré avec précaution, ce médicament peut être essayé, mais il serait prématuré de se prononcer sur son degré d'efficacité avant que de nouvelles observations sur des cas bien spécifiés soient venues nous éclairer.

Cantharides. On a encore administré les cantharides sous forme de teinture ou de poudre, et le docteur Dewees (1) a cité quelques cas où ce médicament a paru réussir ; mais, ainsi que le font remarquer les auteurs du *Compendium*, cette substance est trop dangereuse pour qu'on puisse la recommander en l'absence de faits plus nombreux et plus concluants.

Vomitifs ; purgatifs. Peu d'auteurs ont conseillé ces moyens. Cependant, parmi les *vomitifs*, l'*ipécacuanha*, préconisé par Guilbrand, a joui de quelque réputation comme emménagogue, et de légers purgatifs ont été assez souvent employés. Parmi eux on choisit ceux qui agissent spécialement sur le gros intestin, comme le *jalap*, la *gomme-gutte*, et surtout l'*aloès*, qui fait partie d'un grand nombre de préparations emménagogues. Le docteur Chaumet (de Bordeaux) l'unit à la gentiane et au *calomel*, ainsi qu'il suit :

℞ Extrait de gentiane....... 0,15 gram.
Aloès succotrin.......... 0,05 gram.
Calomel à la vapeur........ 0,05 gram.

F. s. a. vingt pilules semblables. Dose : une matin et soir.

Je pourrais encore citer des purgatifs plus énergiques, et en particulier le *vin de coloquinte ;* mais l'emploi des médicaments de cette espèce est trop incertain pour qu'on doive y avoir recours dans les cas ordinaires.

Moyens divers. Beaucoup d'autres médicaments, sur lesquels il serait peu utile et beaucoup trop long de s'appesantir, ont été mis en usage contre l'aménorrhée. Je citerai entre autres le *raifort sauvage*, la *garance* vantée par Fonteka, le docteur Dewees, etc. ; la *térébenthine* par la bouche ou en lavements (Elliotson), le *borax* (Hufeland), la *myrrhe*, l'*ellébore noir*, etc. Les documents que nous possédons sur l'emploi de ces substances sont si peu précis, qu'il est absolument impossible de se faire une idée un peu exacte des effets réels de médications si diverses. Je terminerai donc ce que j'ai à dire de la médication emménagogue interne par quelques mots sur les *préparations d'or*, principalement préconisées par Chrestien.

Préparations d'or. On sait que les préparations d'or ont été vantées comme antiscrofuleuses ; aussi est-ce dans les cas où l'on prescrit l'*iode*, c'est-à-dire lorsqu'on a des motifs de soupçonner que l'aménorrhée est sous la dépendance d'un vice scrofuleux, qu'on donne ce médicament. Voici les formules recommandées par Chrestien :

Pastilles de cyanure d'or.

℞ Cyanure d'or........... 0,10 gram.
Pâte de chocolat........... 32 gram.

F. s. a. vingt-quatre pastilles. Dose : d'une à quatre par jour, progressivement.

(1) *A compend. syst. of midwif.* Philad., 1826.

Pilules de cyanure d'or.

♃ Cyanure d'or........... 0,05 gram. | Extrait de daphne mezereum. 0,15 gram.

Mêlez, et avec :

Poudre de guimauve.................. Q. s.

Faites quinze pilules de 0,20 grammes. Dose : d'une à trois par jour, progressivement.

Je ne pourrais que répéter ici ce que j'ai dit dans l'histoire des *scrofules* à propos des préparations d'or ; j'y renvoie le lecteur, me contentant d'ajouter que ces préparations doivent toujours être maniées avec beaucoup de prudence, et qu'on ne doit en élever la dose que lentement.

Moyens externes. J'ai déjà parlé des divers moyens mis en usage pour attirer le sang vers l'utérus (ventouses sèches, pédiluves sinapisés, sangsues en petit nombre, etc.) : je n'y reviendrai pas ici ; mais il me reste à indiquer quelques moyens externes dont quelques uns sont beaucoup plus actifs et qu'on a plus ou moins vantés.

Électricité. A l'époque où l'électricité fut employée contre toutes les maladies dans lesquelles on supposait l'atonicité d'un organe, on dut naturellement la mettre en usage contre l'aménorrhée. On trouve dans les divers recueils un assez grand nombre de faits dans lesquels on voit les règles longtemps suspendues reparaître après un plus ou moins grand nombre de secousses électriques dirigées à travers le bassin. Ce moyen est, selon toutes les apparences, beaucoup trop négligé aujourd'hui, et il serait à désirer qu'on l'expérimentât de nouveau avec toute la rigueur nécessaire. La meilleure manière de le mettre en usage est de se servir de l'*instrument de Clarke*, de celui de M. *Duchenne*, ou de celui des frères *Breton*, et de diriger un courant intermittent des lombes à l'hypogastre, ou même directement sur l'utérus, par le vagin. Le docteur Kholodovitch (1) cite un cas remarquable de rétablissement des menstrues depuis assez longtemps supprimées. Il ne fallut qu'un petit nombre de secousses pour faire reparaître les règles. Avant cet auteur, Clarke (2) et un bon nombre d'autres avaient, à l'aide de faits semblables, établi l'utilité du *galvanisme*. M. Rayer (3) a observé récemment deux cas de guérison rapide par ce moyen qui convient surtout dans les cas de débilité des organes génitaux.

Vésicatoires. Les vésicatoires ont été principalement recommandés par le docteur Graves. Il veut qu'on les applique à la surface interne des cuisses, deux jours avant l'époque à laquelle la femme attend ses règles. La plupart des praticiens préfèrent le *sinapisme* au vésicatoire, et les recherches n'ont pas été assez bien faites pour qu'on puisse se prononcer sur ce point.

Injections ammoniacales. On a été jusqu'à prescrire des injections avec l'ammoniaque dissoute dans une certaine quantité de liquide. Ainsi le docteur Lavagne (4) recommande de fréquentes injections avec le liquide suivant :

♃ Lait chaud............. 2 cuillerées. | Ammoniaque liquide.. 10 à 12 gouttes.

(1) *Voïen. med. Journ.*, 1824, et *Arch. gén. de méd.*, t. XVI, p. 452.
(2) *Observ. on those diseas. of femal wich are atten. by discharges.* London, 1821.
(3) *Ann. de thér.*, juillet 1847, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, décembre 1847.
(4) *Ann. univ. di med.*, 1823.

M. Nicato indique la formule suivante :

℞ Ammoniaque............. 40 gouttes.	Décoction d'orge............ 400 gram.
Mucilage de gomme arabique. 15 gram.	

Mêlez. Pour quatre injections par jour.

M. Broussonnet (1) a employé ce moyen avec succès chez une jeune fille de vingt ans, qui avait vainement eu recours pendant six mois à d'autres médications. Ce médecin recommande de faire les injections trois ou quatre fois par jour, deux ou trois jours avant l'époque des règles, et à les cesser dès que celles-ci paraissent. Chaque injection doit produire une sensation un peu douloureuse, et ne réussit qu'à cette condition. On doit donc augmenter ou diminuer la quantité d'ammoniaque pour atteindre ou pour ne pas dépasser cette sensation.

Pour comprendre quelle est la prudence avec laquelle il faut administrer ces injections dont le degré d'efficacité n'est d'ailleurs pas encore très bien déterminé, il suffit d'observer que M. Fenoglia (2), qui néanmoins ne met que 5 gouttes d'ammoniaque dans 90 grammes de véhicule, a vu une véritable métrite se développer sous l'influence de cette irritation.

Les *vapeurs d'eau et de vinaigre* dans le vagin, conseillées dans l'ouvrage de MM. Roche et Sanson, agissent dans le même sens que l'ammoniaque, et n'offrent pas le même danger.

Il faudrait citer encore les *bains de vapeur simple ou aromatique ;* les *fumigations d'acide carbonique* et quelques moyens internes conseillés par plusieurs auteurs, mais ces détails n'auraient qu'une faible utilité.

Je terminerai par l'indication d'un moyen qui a réussi dans quelques cas, bien que, *à priori*, on ne dût guère s'attendre à un pareil résultat : c'est l'*irritation des mamelles*. M. Patterson (3) a cité deux cas où l'emploi de *sinapismes sur les mamelles* a rétabli les règles supprimées depuis longtemps. Ce qu'il y a de curieux dans le premier de ces faits, c'est que le sinapisme appliqué sur une des mamelles ne l'avait pas été dans l'intention de rappeler les menstrues, mais uniquement pour faire disparaître une douleur qui avait son siége dans cet organe. L'infirmière appliqua le sinapisme beaucoup trop grand, il survint un gonflement très douloureux de la mamelle, et la menstruation se rétablit. M. Hulin-Origet (4) employa le même moyen avec un égal succès. Il est difficile, avec ces documents, de spécifier les cas dans lesquels convient un pareil traitement; c'est pourquoi je me borne à le mentionner.

4° *Traitement de l'état consécutif à la diminution ou à la suppression des règles.* Les symptômes qui surviennent chez les femmes dont les menstrues ont notablement diminué ou se sont arrêtées complétement, sont si variables, qu'il est impossible d'en tracer exactement le traitement. C'est au praticien à les distinguer et à leur opposer les moyens convenables. On peut néanmoins, d'une manière générale, dire que ces symptômes se rapportent à l'anémie et aux affections nerveuses qui l'accompagnent. Aussi est-ce dans ces cas qu'on emploie particulière-

(1) *Gazette méd. de Toulouse*, février 1851.
(2) *Rep. med. del Piemonte*, 1832.
(3) *Dublin med. Journ.*, n° 11.
(4) *Travaux de la Société de méd. d'Indre-et-Loire.*

ment les *ferrugineux*, les *toniques*, les *antispasmodiques*. Si, comme j'en ai observé plusieurs exemples, on trouve chez les femmes affectées d'aménorrhée des douleurs de nature évidemment névralgique, il ne faut pas hésiter à les traiter par le traitement local qui convient aux *névralgies* (1), tout en mettant en usage les remèdes qu'exige l'état général. J'ai, en effet, constaté qu'on pouvait de cette manière faire disparaître la névralgie, avant que l'état général ait été ramené à l'état sain, et par là épargner aux malades des souffrances très vives.

Je ne crois devoir présenter ni résumé ni ordonnances pour un traitement si varié, et qui doit nécessairement être étudié dans tous ses détails. J'y ai d'ailleurs suppléé en spécifiant avec soin les principaux cas.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Suppression récente, avec symptômes de congestion.* Traitement de la congestion sanguine de l'utérus ; légers emménagogues.

2° *Suppression plus ou moins ancienne, avec symptômes de congestion aux époques des règles.* Même traitement ; insister un peu plus sur les légers emménagogues.

3° *Aménorrhée par atonie des organes génitaux.* Emménagogues : Rue, sabine, armoise, etc. ; narcotiques : aconit, belladone, jusquiame, etc. ; iode ; seigle ergoté ; strychnine ; cantharides ; vomitifs : purgatifs ; moyens divers ; préparations d'or. *Moyens externes :* Électricité ; vésicatoires ; injections ammoniacales ; vapeurs vinaigrées ; fumigations , bains de vapeur.

4° *État consécutif à la diminution ou à la suppression des règles :* Ferrugineux ; toniques ; antispasmodiques, etc.

ARTICLE V.

MÉTRITE SIMPLE AIGUE.

L'inflammation de l'utérus est loin d'être une maladie nouvellement connue, puisque les auteurs de médecine les plus anciens en ont fait mention, et que quelques uns même sont entrés dans d'assez grands détails à son sujet. Mais ce n'est que dans ces dernières années qu'ayant porté plus d'exactitude dans l'exploration des organes, on est parvenu à tracer de cette affection une description un peu complète.

Tous les auteurs ont distingué avec soin la métrite simple, celle qui survient dans l'état de vacuité de l'utérus, de la *métrite puerpérale ;* et ce serait, en effet, une confusion très fâcheuse que de ne pas séparer des inflammations rendues si différentes par les circonstances dans lesquelles elles se développent. Mais on a voulu pousser les choses beaucoup plus loin, et décrire un nombre assez grand d'inflammations diverses, suivant le siége précis du mal dans tel ou tel point de l'organe affecté. Ainsi quelques auteurs veulent qu'on reconnaisse une *métrite catarrhale* ou superficielle, et une *métrite parenchymateuse* ou *profonde*. Sans doute on voit des métrites peu intenses qui ne paraissent pas affecter une grande épaisseur du tissu utérin, et d'autres où ce tissu est envahi dans toute sa profon-

(1) Voyez l'histoire des *Névralgies*.

deur ; mais en examinant de près les faits, on voit qu'il n'y a pas entre eux de différence essentielle, et que l'intensité plus ou moins grande du mal est la seule qu'on puisse signaler. Or on ne peut être autorisé à faire deux affections distinctes d'une seule et même inflammation, parce qu'elle pénètre plus ou moins profondément. A plus forte raison, ne doit-on pas, avec M. Duparcque (1), faire de la métrite catarrhale un synonyme de la *leucorrhée*, puisque nous avons vu plus haut (2) que la leucorrhée existe sans inflammation évidente.

Pour nous donc il n'y a qu'une métrite plus ou moins profonde; mais, et cette distinction n'est pas récente, car on la trouve dans Aétius, on a présenté la description d'autant d'états morbides divers qu'on a supposé de points circonscrits dans lesquels l'inflammation peut être limitée. C'est ainsi qu'on a d'abord décrit une *métrite du col* et une *métrite du corps* de l'utérus, et que dans cette dernière on a encore distingué la *métrite antérieure*, la *métrite postérieure*, et la *métrite latérale*, suivant que d'après certains symptômes on a pensé que l'inflammation occupait la partie antérieure, la partie postérieure ou une des deux parties latérales de la matrice. Tous les praticiens savent très bien que ces distinctions disparaissent presque toujours au lit des malades, et que par conséquent elles n'ont qu'une très faible valeur. La distinction même entre la métrite du col et celle du corps est loin d'être bien établie sur la base solide des faits; bien entendu que sous le nom de *métrite*, nous ne comprenons nullement les granulations, les érosions du col de l'utérus, dont il sera parlé plus loin ; car, en pareil cas, il est bien évident que le col peut être malade, le corps étant dans une intégrité parfaite.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il résulte de ce qui vient d'être dit, qu'on doit entendre par le mot de métrite simple aiguë toute inflammation utérine aiguë non ulcéreuse ou granuleuse, hors l'état de grossesse ou le temps des couches.

On a désigné cette affection sous les noms d'*inflammatio uteri*, *inflammatio uterina*, *hysteritis*, *metritis*.

La métrite simple aiguë et primitive est loin d'être une affection très fréquente. Je m'explique : Il n'est pas rare, sans doute, de voir l'inflammation aiguë se porter du vagin au col et à la cavité du col de la matrice ; mais on voit rarement cette inflammation envahir d'emblée soit le col, soit le corps, ce qui paraîtra remarquable si l'on se rappelle la grande fréquence des *engorgements sanguins* de l'utérus.

§ II. — Causes.

Nous retrouvons, dans l'étiologie de la métrite simple aiguë, les diverses causes attribuées à la simple congestion, ce qui prouve bien que nos connaissances sur ces affections sont loin d'être précises. Il est impossible, du reste, de suppléer au défaut d'exactitude des auteurs, en étudiant les observations, car on ne peut guère consulter, sous ce point de vue, que des faits de métrite puerpérale, dont nous n'avons pas à nous occuper actuellement. Bornons-nous donc à une exposition rapide de ce que nous trouvons de moins vague sur ce point.

(1) *Loc. cit.*, p. 222.
(2) Voy. art. *Leucorrhée*.

1° Causes prédisposantes.

Age. Suivant la plupart des auteurs, la maladie dont nous nous occupons est très rare avant la puberté et après la cessation des règles. Selon Lisfranc, au contraire, elle est fréquente pendant les deux premières années qui suivent cette cessation. Mais cet auteur n'entre pas dans les détails des faits, et n'appuie son opinion que sur des considérations purement théoriques.

Une *alimentation* échauffante, des médicaments stimulants, emménagogues, l'abus des boissons alcooliques, sont encore rangés parmi ces causes, mais avec moins de preuves encore, s'il est possible.

Le docteur Bennet (1) admet surtout comme cause prédisposante une espèce *de faiblesse ou de susceptibilité naturelle* de l'utérus chez certaines femmes, faiblesse qui se traduit par l'établissement difficile des menstrues, leur irrégularité dans les premières années, leur diminution ou leur trop d'abondance; enfin par la douleur qui les accompagne quelquefois.

Je n'insisterai pas sur ces causes prédisposantes, dont l'action est si peu démontrée qu'il a fallu, pour presque tous les cas, admettre une prédisposition spéciale dont la nature est tout à fait inconnue.

2° Causes occasionnelles.

Presque toutes les causes occasionnelles dont l'influence est bien prouvée peuvent être considérées comme des *violences extérieures.* Ainsi l'abus du coït, la disproportion du pénis, les coups sur l'hypogastre, les chutes qui déterminent un ébranlement dans les organes du bassin, les blessures, les manœuvres pour provoquer l'avortement, les opérations faites sur la matrice, sont toutes des causes qui agissent plus ou moins directement et matériellement, et ce sont ces causes dont l'existence est le moins contestable.

Il ne nous reste plus, pour compléter cette énumération, que d'indiquer les *injections froides* souvent répétées, les *injections irritantes* et la *suppression des règles.* Il serait, en effet, inutile d'insister sur une étiologie dont les éléments nous manquent en grande partie, et dont il faut recommander l'étude aux observateurs.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de la métrite aiguë simple ne diffèrent de la *congestion sanguine*, lorsque la maladie est étendue à tout l'organe, que par une intensité plus grande, par le mouvement fébrile qui vient se joindre à eux, et qui est toujours plus marqué que dans les cas peu fréquents où il existe un peu de fièvre avec la simple congestion, et enfin par un écoulement qui n'a pas suffisamment fixé l'attention des auteurs.

Si l'inflammation n'occupe que la surface interne de l'utérus, et à plus forte raison si elle reste fixée à la cavité du col, la *douleur* est peu vive, et elle est bornée à l'organe malade. Il n'en est pas de même dans les conditions opposées. La douleur est alors profonde, gravative, continue, avec des redoublements plus ou moins fréquents, pendant lesquels elle peut s'étendre aux lombes, à l'anus, aux aines et aux cuisses. Il est bien rare que, dans la métrite aiguë simple, cette douleur soit assez vive pour forcer les malades à se tenir les cuisses fléchies sur le bassin, comme

(1) *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus*, etc., traduit par M. Aran. Paris, 1850.

l'indique M. Duparcque; c'est dans les cas de *métrite puerpérale* que ce symptôme a été vu avec ce degré d'intensité.

Un des symptômes les plus constants est une *pesanteur* incommode au périnée, avec un sentiment de tension dans le bassin. Si la maladie a un certain degré d'intensité, c'est celui dont se plaignent le plus les femmes.

La douleur *est augmentée notablement par la pression*, qui doit être, lorsque la chose est possible, exercée de trois manières. Par le *palper hypogastrique*, on exaspère la douleur qui siége dans le corps de l'utérus; mais parfois le gonflement est peu considérable, et ce n'est qu'en pressant fortement qu'on arrive sur l'organe malade. Alors on doit pratiquer le *toucher par le rectum*, qui fait reconnaître plus exactement l'état du corps de la matrice. Le *toucher vaginal* détermine quelquefois une douleur très vive, qui a pour caractère, lorsqu'il s'agit d'une métrite aiguë, d'occuper toute l'étendue du col de l'utérus. Enfin il est toujours bon de *combiner le palper hypogastrique* avec le toucher vaginal, parce que de cette manière on acquiert une notion exacte du volume, de la consistance et de la sensibilité de l'organe.

C'est par les mêmes moyens d'exploration qu'on reconnaît l'existence d'une *tuméfaction* plus ou moins considérable, et si, en même temps qu'on pratique le toucher par le vagin, on presse sur l'hypogastre, on sent l'utérus pris entre les deux mains, ce qui permet d'en mesurer approximativement le volume, en même temps que l'on apprécie plus exactement encore le degré de douleur qu'il présente.

Par le toucher vaginal, on constate encore la *dureté* ou bien la *mollesse* du col, caractères qui, suivant les auteurs, appartiennent à l'inflammation de cette partie de l'organe, sans que personne ait cherché à déterminer dans quelles circonstances diverses on trouve des états si opposés.

Par le toucher rectal, aussi bien que par le toucher vaginal, on s'assure que le corps de l'utérus est devenu plus *dur* et plus *lourd* qu'à l'état normal, et l'on sent un développement de *chaleur* souvent considérable.

J'ai dit qu'il existe, en même temps que les symptômes précédents, un *écoulement* plus ou moins considérable. Il est, par conséquent, bien extraordinaire que les descriptions générales des auteurs n'en fassent pas mention. L'explication de ce silence n'est cependant pas très difficile. La métrite simple, telle que je l'ai définie plus haut, est une maladie rare, et, de plus, l'écoulement, comme dans toutes les autres affections des organes revêtus d'une muqueuse, manque, ou est très peu considérable au début de la maladie, c'est-à-dire à l'époque où les divers symptômes sont recherchés avec plus de soin; il y a plus encore : la métrite survient souvent chez des femmes qui avaient des flueurs blanches, et chez lesquelles une légère augmentation de l'écoulement peut très bien passer inaperçue; voilà bien des motifs pour qu'on n'ait pas tenu un compte suffisant de ce symptôme. Enfin, par une malheureuse confusion, on a décrit ensemble la métrite simple aiguë et la métrite qui suit plus ou moins immédiatement l'accouchement, et dans celle-ci l'écoulement des lochies étant un fait naturel, on ne peut pas convenablement distinguer ce qui appartient à l'état normal et ce qui est causé par l'inflammation.

J'ai eu plusieurs fois l'occasion de voir une métrite survenue hors du temps des couches, et, dans tous les cas, j'ai observé un écoulement muco-purulent qui provenait de la cavité du col de l'utérus, et qui a cessé lorsque l'inflammation s'est dissipée. Dans ces derniers temps, j'ai observé attentivement trois cas de métrite

puerpérale, dans lesquels toute la maladie était bornée à la matrice ; j'en dirai quelques mots dans l'article suivant.

L'écoulement, d'après ce qui précède, peut être nul dans les premiers jours de la maladie. Un peu plus tard, on observe un écoulement peu épais et présentant à un plus ou moins grand degré le caractère séreux. M. Chomel (1) a vu quelquefois, dans les circonstances dont il s'agit, un écoulement roussâtre, le seul dont il fasse mention. Au bout de peu de jours, l'écoulement prend une plus grande consistance ; il devient muco-purulent, et reste tel si l'affection passe à l'état chronique. Lorsque l'inflammation se dissipe, la matière sécrétée perd peu à peu l'aspect purulent, et finit par prendre l'aspect du blanc d'œuf cru ; elle est complétement albumineuse. Je viens d'exposer ce que j'ai observé, mais je ne me dissimule pas qu'il serait très utile d'avoir de nouvelles recherches sur ce sujet.

Un autre symptôme dont les auteurs n'avaient pas parlé a été signalé par M. Hérard ; c'est une *métrorrhagie* plus ou moins abondante, ce qui rapproche encore l'inflammation de la congestion utérine.

Il résulte de l'inflammation de l'utérus portée à un haut degré, des symptômes particuliers qui ont été bien résumés par M. Bennet (2) ; ce sont les suivants : « Les malades, par suite de la grande sensibilité de la matrice, ne peuvent ni marcher ni rester debout ; lorsqu'elles sont assises dans leur lit, elles inclinent généralement le corps en avant, de manière à soustraire l'utérus à la pression des organes abdominaux. Le passage des matières dans le rectum est toujours accompagné de douleurs, surtout quand il y a constipation. Les *garderobes* sont quelquefois *tapissées de mucus.* » Ce dernier symptôme se manifeste principalement, lorsque l'inflammation s'est propagée au tissu cellulaire rétro-utérin. J'y reviendrai au sujet du *phlegmon rétro-utérin.*

Aux symptômes locaux qui viennent d'être décrits, il se joint des *symptômes généraux*, ordinairement *peu intenses.* Quelquefois même ils sont si légers, que, si les femmes ne se fatiguent pas, il est difficile d'en reconnaître l'existence. On a dit que cette absence des symptômes généraux se remarque principalement dans les cas où la cavité utérine est superficiellement envahie, où il existe, comme on l'a dit, un simple *catarrhe utérin.* Le fait est vrai ; mais il ne faut pas croire qu'un mouvement fébrile notable accompagne nécessairement la métrite simple aiguë ; dans un des cas que j'ai cités plus haut, il n'y avait pas de fièvre prononcée, quoique tous les autres symptômes de l'inflammation du tissu de la matrice existassent d'une manière évidente. Comme dans beaucoup d'autres phlegmasies dont nous avons présenté l'histoire, la réaction fébrile est subordonnée à la manière plus ou moins rapide dont la maladie s'est déclarée.

On sera peut-être surpris de me voir accorder si peu d'importance à la fièvre dans la métrite, lorsqu'on se rappellera les descriptions présentées par les auteurs. Mais si l'on veut examiner attentivement ce qui a été écrit à ce sujet, on voit bientôt que la description de la métrite avec violent mouvement fébrile s'applique presque toujours à l'inflammation qui survient après l'accouchement, et dans laquelle la maladie n'est pas à l'état de simplicité.

Je n'ai pas besoin de m'étendre longuement, comme l'ont fait quelques auteurs,

(1) *Dict. de méd.*, t. XXX, art. *Utérus (infl.).*
(2) *Loc. cit.*

sur les diverses variétés de métrite admises d'après le siége précis de la maladie, et mentionnées plus haut. De toutes ces variétés, il n'en est qu'une qui soit vraiment importante : c'est la *métrite du col;* mais elle ne présente rien de particulier, si ce n'est que les symptômes indiqués sont bornés à cette partie apparente de l'organe.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la métrite simple est continue; nous avons vu qu'il y avait des moments d'exacerbation, mais on n'observe pas de véritable intermittence. Sa *durée* n'a pas été convenablement déterminée ; dans un certain nombre de cas que j'ai examinés, elle n'a pas dépassé deux septénaires. On a parlé de *terminaison* par suppuration et par gangrène ; mais c'est encore dans les cas de métrite puerpérale que les choses se passent ainsi, et même il faut remarquer que c'est presque toujours dans des cas de *fièvre puerpérale*, affection spéciale dont la métrite ne forme qu'une partie, et dont j'aurai à m'occuper plus tard. On peut donc dire que la métrite simple aiguë se termine d'une manière favorable dans la très grande majorité des cas, et que s'il faut admettre, avec les auteurs, qu'elle peut dégénérer en métrite chronique, on doit du moins reconnaître que cette terminaison est fort rare. Je reviendrai sur ce point dans l'article suivant.

M. Bennet a vu dans quelques cas la maladie se terminer *par suppuration;* dans ce cas, dit-il, si la collection purulente se forme au voisinage de la cavité utérine, elle se vide presque constamment dans cette cavité, et s'écoule par l'orifice du col. Si la suppuration se forme près de la surface externe, l'inflammation se propage en général au tissu cellulaire des ligaments larges, et le pus se comporte comme dans les cas d'inflammation et de suppuration de ces ligaments. Les faits indiqués par M. Bennet sont exacts; mais lorsqu'il y a inflammation du tissu cellulaire, celle-ci prend une telle importance qu'elle constitue une affection qu'il faut considérer à part, et que je décrirai dans un article spécial (1).

§ V. — Lésions anatomiques.

C'est encore presque uniquement à la métrite puerpérale que se rapportent les lésions anatomiques exposées dans les articles consacrés à la métrite. Aussi, de toutes ces altérations, parmi lesquelles se trouvent les abcès de l'utérus et de ses annexes, la gangrène superficielle ou profonde, la phlébite, la lymphangite utérines, ne dois-je citer comme appartenant en propre à la métrite simple aiguë, que le gonflement, la rougeur, la friabilité, le ramollissement du tissu de la matrice. Ce n'est pas que la suppuration ne puisse être la conséquence d'une métrite simple très aiguë; mais les cas de ce genre sont si rares, qu'ils doivent être rangés parmi les exceptions.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Je ne m'arrêterai que sur un seul point du diagnostic de la métrite simple aiguë, parce que c'est le seul qui ait une véritable importance. Nous avons vu plus haut que les symptômes de cette affection ressemblent beaucoup à ceux de la simple *congestion utérine*. On peut, par conséquent, éprouver de l'embarras quand il s'agit de déterminer à laquelle de ces deux affections on a affaire, et il faut convenir que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est des cas où il est fort difficile de ré-

(1) Voy. *Phlegmon rétro-utérin.*

soudre la question. Voici sur quoi devra porter l'attention du médecin : La métrite est bien plus fréquemment produite par une cause externe que la simple congestion ; elle s'accompagne ordinairement d'un certain mouvement fébrile ; elle ne se développe pas presque constamment à l'époque des règles, comme la congestion; elle occasionne des douleurs plus vives, soit spontanément, soit à la pression ; elle ne se termine pas par une hémorrhagie plus ou moins abondante ; enfin elle donne plus constamment lieu à un écoulement qui, d'abord d'apparence séreuse, devient tôt ou tard muco-purulent.

Quant aux *abcès des annexes de l'utérus*, à la *péritonite*, à l'*ovarite*, et même à la *cystite*, que la plupart des auteurs ont cru pouvoir être confondus avec la maladie dont nous nous occupons, ces affections ont des caractères si différents, que la confusion n'est pas à craindre. Il s'agit simplement de pratiquer l'exploration de la manière indiquée plus haut. Je dirai seulement, relativement à la *cystite*, qu'un bon moyen de la distinguer de la métrite consiste à presser avec le doigt sur la paroi vésico-vaginale ; on détermine par ce moyen de la douleur, lorsque la vessie est enflammée, tandis qu'en pressant sur l'utérus, on s'assure que cet organe conserve sa sensibilité normale. Il est une autre affection incomplétement connue dont le diagnostic différentiel a plus d'importance; c'est l'*inflammation péri-utérine;* mais je donnerai ce diagnostic dans un chapitre suivant, après la description de cette inflammation.

D'après ce que j'ai dit plus haut, le *pronostic* n'est pas grave. Je n'ai pas trouvé un seul cas authentique de terminaison funeste de la métrite simple aiguë ; et quant au passage à l'état chronique, nous avons vu combien il est rare.

§ VII. — Traitement.

Rien n'est plus simple que le traitement de la métrite simple aiguë, et il serait fort inutile d'entrer dans de grands développements à ce sujet. Il suffit de dire qu'on doit employer la *saignée* plus ou moins répétée ; appliquer des *sangsues* à l'hypogastre, aux *aines*, à l'*anus;* prescrire les *bains*, les applications, les injections *émollientes*, les *narcotiques*, un *régime sévère*, et surtout un *repos absolu*. Ces moyens suffisent pour faire promptement cesser les symptômes légers de réaction, et bientôt les symptômes locaux disparaissent eux-mêmes.

Quant aux *frictions mercurielles*, aux *révulsifs* de toute espèce, aux *vomitifs*, etc., c'est dans des cas de métrite puerpérale qu'on les a administrés, et je ne dois pas m'en occuper ici.

M. Bayle a rapporté (1) une observation intitulée: « Métrite guérie par l'*émétique* et les bains, » mais les symptômes indiqués sont insuffisants pour caractériser la maladie, et, par conséquent, nous n'en pouvons rien conclure. Je reviendrai sur ce fait à propos de la *métrite chronique*.

Je n'insiste pas sur ce traitement ; je me suis imposé pour règle de n'entrer dans les détails thérapeutiques que lorsqu'ils ont une importance réelle, et ici ils n'en auraient aucune.

ARTICLE VI.

MÉTRITE CHRONIQUE.

La métrite chronique est une maladie beaucoup plus importante à étudier que

(1) *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1828, t. I, p. 296.

la métrite simple aiguë, mais son étude présente de grandes difficultés que malheureusement aucun observateur n'a cherché à lever d'une manière complète, en y procédant à l'aide de faits nombreux et rigoureusement analysés. Il s'ensuit que, tout en possédant sur la métrite chronique des articles d'une valeur incontestable, nous ne trouvons pas sur ce sujet un seul travail qui ne laisse encore beaucoup à désirer. Je ne citerai pour exemple que la distinction si importante à établir entre la métrite chronique et le cancer. Qu'on cherche à la faire d'une manière précise avec les documents que nous fournissent les auteurs ! On trouvera des opinions ; mais des faits bien concluants, il n'en existe pas, parce que les observations manquent des conditions indispensables pour donner lieu à des conclusions rigoureuses. Mais ce sont des questions qui se représenteront dans le cours de cet article. Je me hâte d'arriver à la description de la maladie, pour laquelle je mettrai le plus possible à contribution le petit nombre d'observations un peu satisfaisantes que nous possédons.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne généralement le nom de *métrite chronique* à une affection caractérisée par le gonflement et la douleur à marche lente d'une partie ou de la totalité de l'utérus, par des pertes blanches plus ou moins abondantes et par un trouble plus ou moins marqué des fonctions de l'organe.

Suivant les auteurs du *Compendium de médecine* (1), il n'est pas démontré que la métrite chronique existe réellement, et l'on peut rapporter à une simple hypertrophie, due elle-même à la congestion sanguine, la définition précédente. Il est assurément difficile de démontrer d'une manière irréfragable que le gonflement de la matrice, qui constitue un des principaux symptômes de la maladie, est toujours, comme le pense Ant. Dugès, le résultat d'une phlegmasie chronique ; les observations sont malheureusement insuffisantes pour résoudre cette question ; mais dans la description qui va suivre, on trouvera tant de signes d'inflammation chronique, que l'on sera forcé de convenir que, dans la très grande majorité des cas où l'utérus présente l'état hypertrophique, c'est bien d'une métrite chronique qu'il s'agit. J'en ferai, du reste, ressortir plus loin les caractères.

Sauf le nom d'*hypertrophie* mentionné plus haut, la métrite chronique n'a guère reçu d'autres dénominations que celles qui ont été mentionnées à propos de la métrite aiguë.

Cette maladie est beaucoup plus *fréquente* que la métrite aiguë ; nous allons voir dans quelles conditions elle se présente le plus souvent.

§ II. — Causes.

La plupart des auteurs se sont contentés de dire que les causes de la métrite chronique sont les mêmes que celles de la métrite aiguë, dont ils ont reproduit l'énumération. M. Duparcque (2) a présenté le plus grand nombre des observations de cette maladie qui soient connues dans la science, ainsi qu'un résumé de ces faits sous le point de vue de l'étiologie ; c'est par conséquent à lui que nous devons demander les principaux renseignements, tout en examinant de notre côté ses observations.

(1) T. VI, p. 55.
(2) *Loc. cit.*, p. 359.

1° Causes prédisposantes.

Nous n'avons que très peu de chose à dire des causes prédisposantes ; elles n'ont pas suffisamment attiré l'attention des observateurs. Nous ne savons quelque chose de positif que sur l'influence de l'*âge*. On s'accorde généralement à dire que la métrite chronique est fort rare avant la puberté, qu'elle ne se montre pas beaucoup plus fréquemment après la cessation complète des règles, et que c'est presque toujours de vingt à quarante ans qu'on la voit survenir. Lisfranc (1) n'admet pas cette dernière partie de la proposition ; suivant lui la maladie est extrêmement fréquente à l'époque de la cessation des règles et pendant un *temps assez long* après cette cessation. Il est très fâcheux que Lisfranc ait procédé par voie de simple affirmation. Il était indispensable, pour faire accepter sa manière de voir, de citer les faits, car les observations que nous connaissons lui sont contraires. Presque tous les sujets observés par M. Duparcque et par madame Boivin et Dugès avaient moins de quarante ans, deux femmes seulement ont été atteintes pendant le *temps critique*, et d'ailleurs nous allons voir la maladie se déclarer, dans la grande majorité des cas, peu de temps après les couches ou l'avortement, ce qui ne peut avoir lieu assez longtemps après la cessation des règles. L'opinion de Lisfranc ne saurait donc être admise dans l'état actuel de nos connaissances.

Une des conditions les plus essentielles pour la production de la métrite chronique, paraît être *d'avoir eu des enfants*. Je dis paraît être, parce que cette condition est si commune chez les femmes, exposées d'ailleurs aux diverses causes productrices de l'affection, qu'il faudrait pouvoir juger les faits, non pas d'une manière absolue, mais d'une manière relative. Mais les éléments de cette appréciation nous manquent complétement. Quoi qu'il en soit, il n'en est pas moins certain que sur 22 observations que j'ai rassemblées, il en est 17, c'est-à-dire plus des trois quarts, qui appartiennent à des femmes ayant eu des enfants.

On a signalé le tempérament lymphatique, le tempérament scrofuleux, l'*hérédité*, mais l'influence de ces causes n'est nullement démontrée.

2° Causes occasionnelles.

C'est donc presque exclusivement pour l'étude des causes occasionnelles que nous pouvons faire usage des observations publiées.

Il faut reconnaître avec M. Duparcque que les *couches* jouent un grand rôle dans la production de la métrite chronique ; mais peut-être la proposition de cet auteur est-elle trop absolue lorsqu'il dit : « Le plus grand nombre de ces altérations (celles de la métrite chronique) sont survenues à la suite des couches. » Sur 22 cas que j'ai rassemblés, on ne peut rapporter la maladie que 11 fois à cette cause (accouchement ou avortement), et encore dans quelques uns la métrite chronique s'est-elle définitivement déclarée assez longtemps après les couches pour qu'on puisse conserver quelque doute. Ce nombre est néanmoins assez grand pour nous confirmer dans l'opinion précédemment émise, que les femmes qui ont des enfants sont dans la condition la plus favorable au développement de la maladie.

(1) *Clin. chir. de l'hôp. de la Pitié*, t. II, p. 628.

On a dit que *marcher trop tôt après l'accouchement*, et surtout se livrer à des *fatigues* considérables peu de temps après les couches ou un avortement, est une des causes les plus actives de la maladie. C'est, en effet, ce qui a eu lieu dans deux cas. Ce nombre est bien peu considérable, sans doute ; mais, dans ces deux cas, il y a eu une relation de cause à effet si évidente, qu'il a été impossible de la méconnaître.

Un simple *avortement*, sans fatigue consécutive, a donné lieu à la maladie dans trois cas, et, si l'on considère que l'avortement est beaucoup plus rare que l'accouchement à terme, on reconnaîtra que ce nombre ne laisse par d'avoir de l'importance.

Les *coups* sur l'abdomen, les *chutes* sur le siége, sur les genoux, sur les pieds, sur le ventre, les manœuvres nécessitées par un accouchement laborieux, toutes les violences extérieures qui peuvent porter sur l'utérus, soit directement, soit indirectement, ont été rangées parmi les causes de la métrite chronique. Je n'en trouve qu'un seul exemple parmi les faits que j'ai rassemblés, et encore s'agit-il d'un coup sur le ventre ayant déterminé l'avortement qui, comme nous venons de le voir, peut par lui-même être la cause efficiente de la maladie.

On a encore cité en première ligne les *excès de coït*. Je crois qu'on a beaucoup exagéré l'influence de cette cause. La métrite chronique se rencontre bien plus rarement chez les filles publiques qu'on ne devrait s'y attendre si l'on regardait le fait comme certain, et cette proportion paraîtra bien plus faible encore, si l'on songe que ces femmes sont exposées à beaucoup d'autres causes d'inflammation. Dans les faits que j'ai réunis, cette cause n'a pu être invoquée qu'une seule fois.

Quant à la *masturbation*, aux *excès alcooliques*, aux *exercices violents*, etc., je me borne à les mentionner, parce qu'on ne trouve aucun fait qui démontre l'existence de ces causes.

On a également fait jouer un très grand rôle aux *causes morales*. Parmi les faits auxquels j'emprunte ces détails, il n'en est que trois dans lesquels on ait constaté leur existence : une fois ce fut une grande *frayeur* qui détermina une métrorrhagie suivie de métrite, et deux fois les femmes étaient en proie à de grands *chagrins*.

Parmi les causes dont j'ai des exemples sous les yeux, il faut citer la *suppression des règles*. Dans un cas, les règles ayant été brusquement supprimées à la suite d'une vive émotion morale, il survint bientôt une métrite chronique dont la durée fut considérable. Dans trois autres cas, la suppression fut graduelle et sans cause connue, mais on peut se demander si lorsque les règles commencèrent à diminuer, l'inflammation chronique n'existait pas déjà, et si la suppression n'était pas plutôt l'effet que la cause.

On a cité des cas où la métrite chronique a été la terminaison d'une *métrite aiguë*. Je n'ai sous les yeux qu'une seule observation de ce genre.

La métrite chronique a encore été attribuée à l'action du *virus vénérien*. Mais nous ne connaissons pas les observations sur lesquelles on s'est fondé, du moins quand il s'agit de la métrite chronique simple.

Tels sont les renseignements étiologiques un peu positifs que nous possédons sur la métrite chronique. On pense bien que, le premier, je reconnais combien les petits nombres que je viens d'indiquer sont insuffisants ; mais je crois qu'il vaut

mieux donner l'analyse des faits que de répéter les assertions des auteurs. Qu'on publie d'autres observations, et, en les unissant aux précédentes, on donnera plus de précision à cette étiologie. Les auteurs qui ont écrit sur ce sujet auraient rendu un bien plus grand service en faisant connaître les faits soumis à leur observation, comme l'a fait M. Duparcque, qu'en présentant une description générale, sur l'exactitude de laquelle on ne peut pas toujours compter.

Il me suffira, pour terminer, d'énumérer les causes suivantes : La *présence d'un pessaire*, qui, dans un bon nombre de cas, pourrait bien avoir paru nécessaire par suite de l'engorgement inflammatoire de la matrice, plutôt qu'il n'aurait donné lieu à cette lésion ; l'*abus des injections irritantes*, des *emménagogues*, des *médicaments excitants*, etc. L'existence de toutes ces causes a besoin de démonstration.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de la métrite chronique ont été étudiés avec assez de soin, surtout par M. Duparcque, qui, ainsi que je l'ai dit plus haut, a présenté les observations les plus nombreuses. Je vais d'abord parler de la métrite chronique d'une manière générale. Je dirai ensuite un mot de la métrite chronique partielle.

Début. Nous venons de voir que rarement la métrite chronique est la suite d'une métrite aiguë. Presque toujours le début de cette affection est obscur, et tout porte à croire, par conséquent, que dans le principe l'inflammation fait des progrès très lents. Une pesanteur inaccoutumée dans le bassin, des tiraillements dans les lombes, un écoulement médiocrement abondant, tels sont les phénomènes qui annoncent le développement de la maladie.

Symptômes. Il n'est pas un seul cas de métrite chronique confirmée qui ne présente, soit d'une manière continue, soit à divers intervalles, un certain degré de *douleur*. C'est souvent un sentiment de *tension*, auquel viennent se joindre des *tiraillements* dans l'abdomen, les aines et surtout les lombes. L'augmentation de volume de l'organe rend parfaitement compte de ces phénomènes. Les douleurs, dans quelques circonstances, deviennent aiguës ; elles consistent alors en élancements violents traversant le bassin, ou en coliques utérines se rapprochant de celles que les femmes éprouvent pendant l'accouchement. Il n'est pas sûr que les douleurs de ce genre doivent être directement rapportées à l'inflammation de l'organe. On peut se demander si elles ne seraient pas le résultat de congestions sanguines, plus ou moins fréquentes, qui viennent se surajouter à la maladie principale. Ce qui porte à croire qu'il en est réellement ainsi, c'est que ces douleurs se montrent principalement aux époques menstruelles où la congestion sanguine est si fréquente.

M. Duparcque a vu des cas où les malades éprouvaient un sentiment d'ardeur et de brûlure que la chaleur du lit rendait insupportable. Les cas de ce genre ne sont pas fréquents ; j'en ai cependant actuellement un très remarquable sous les yeux.

La *pression* augmente notablement les douleurs et à ce sujet on peut voir ce que j'ai dit à propos de la métrite aiguë, l'exploration étant la même, ainsi que les résultats, à l'intensité près. Chez plusieurs malades, le coït devient insupportable, tant il est douloureux. La *marche*, la *station droite* et *assise* longtemps prolongée, le *cahot d'une voiture*, les grands mouvements du tronc, les *fatigues* de toute es-

pèce ont également pour résultat d'augmenter la douleur d'une manière sensible.

Un sentiment de *plénitude* dans le bassin et de *pesanteur* vers le périnée est un symptôme constant de la maladie qui nous occupe. L'augmentation de volume, soit de l'organe tout entier, soit d'une de ses parties seulement, en rend parfaitement raison, et, suivant que cette augmentation est plus ou moins considérable, ce symptôme offre une plus ou moins grande intensité.

C'est également par les moyens indiqués dans la description de la métrite aiguë (1) que l'on constate cette *augmentation de volume*, qui est quelquefois très considérable. C'est ainsi qu'on a vu le corps de l'utérus s'élever au-dessus du pubis, ou plus fréquemment remplir par son volume la cavité du petit bassin, au point d'y devenir presque immobile, et que le col a présenté assez souvent un volume qu'on a jugé approcher de celui d'un œuf de poule. Une aussi grande augmentation de volume ne se remarque néanmoins que dans un nombre limité de cas, et le plus souvent elle est beaucoup moins considérable, mais elle ne manque jamais : c'est un des caractères symptomatologiques essentiels de la maladie.

Un phénomène très important, et qui est la conséquence de l'état que je viens de décrire, est la *chute de la matrice*. C'est avec beaucoup de raison que M. Duparcque (2) a insisté sur cet accident, que les autres auteurs ont beaucoup trop négligé dans leurs descriptions. Dans l'immense majorité des cas recueillis par M. Duparcque, il y avait une descente de matrice très prononcée, et pour laquelle on avait soumis plusieurs femmes à l'usage d'un pessaire qui avait augmenté les accidents. En portant le doigt dans le vagin, on sent presque immédiatement le col très volumineux et remplissant ce conduit. Cet état de l'utérus peut être constaté lorsque les femmes sont couchées, mais bien plus facilement encore lorsqu'elles sont debout. D'autres déplacements de l'utérus, comme l'*antéversion* et la *rétroversion*, résultent également de l'augmentation du volume de l'organe et du relâchement de ses ligaments.

L'*inspection à l'aide du spéculum* fournit des renseignements précieux que l'on ne doit jamais négliger. On trouve ordinairement le col assez volumineux pour être embrassé avec peine par le spéculum. Il est d'un rouge plus ou moins foncé, parfois brun, ordinairement sans difformité. Son orifice est fermé. Quelquefois néanmoins le col présente des bosselures, et son col est entr'ouvert, sans que, pour cela, on soit autorisé à croire qu'il y a une maladie plus grave qu'une simple métrite chronique. M. Duparcque en a cité des exemples ; et voici, comme il l'a très bien remarqué, la disposition particulière qu'avaient les bosselures : « Elles sont, dit-il, séparées par des sillons plus ou moins profonds, perpendiculaires à l'orifice utérin vers lequel ils convergent ; et, comme je n'ai jamais observé cette disposition des engorgements du col utérin que chez les femmes qui avaient eu un et le plus souvent plusieurs enfants, j'ai pu m'en rendre raison de la manière suivante. Le pourtour de l'orifice externe de l'utérus a pu être déchiré ou fissuré lors du passage de l'enfant, et les fissures auront formé des cicatrices qui n'ont pas dû prêter, comme les parties voisines, à la distension que l'engorgement morbide a fait éprouver au col utérin. Ces sillons correspondent ordinairement aux commissures du

(1) Voy. l'article précédent.
(2) *Loc. cit.*, p. 253.

museau de tanche, et quelquefois existent aussi en avant et en arrière, ce qui fait paraître l'engorgement comme formé par plusieurs tumeurs globulaires adossées les unes aux autres. » Il faut être prévenu de cette disposition pour n'être pas exposé à porter un pronostic trop fâcheux.

La *consistance* de l'organe, que l'on constate par le toucher vaginal et rectal, est ordinairement augmentée. C'est au point que M. Duparcque décrit indifféremment l'affection sous les noms de métrite chronique, d'induration et de *squirrhe*. Mais lorsque j'exposerai le diagnostic, je discuterai cette question importante. Je me borne à constater ici le fait. Dans quelques cas, au contraire, le tissu paraît ramolli, sans que les recherches des auteurs puissent nous apprendre dans quelles circonstances se produisent deux états si opposés.

Dans la définition que j'ai donnée plus haut, j'ai dit qu'un *écoulement* plus ou moins abondant par le vagin est un caractère symptomatique de la métrite. Cependant les auteurs n'attachent pas une grande importance à ce symptôme ; ils ne paraissent même pas admettre qu'il soit constant, et M. Duparcque va jusqu'à dire que, lorsqu'il y a écoulement, ce n'est pas à la métrite avec engorgement dur (cas le plus ordinaire) qu'il faut le rapporter, mais à une leucorrhée concomitante. Mais ce qui ressort de la lecture des observations, c'est que l'écoulement est noté dans presque toutes celles qui sont complètes, que, dans les autres, il ne paraît pas avoir été recherché, et qu'il a disparu fréquemment, lorsque l'engorgement inflammatoire de l'utérus a été dissipé.

L'écoulement est très variable, non seulement suivant les cas, mais encore aux diverses époques de la maladie ; et s'il est vrai de dire avec M. Duparcque que parfois le col de l'utérus est sec, ou ne laisse suinter que quelques filaments muqueux plus ou moins teints de sang, on peut dire également qu'il n'en est ainsi qu'à certains moments, ou à une époque rapprochée du début de la maladie. On observe d'abord un écoulement de matière peu épaisse, légèrement roussâtre, et au bout d'un certain temps l'utérus laisse échapper une plus ou moins grande quantité de matière blanche, opaque, ordinairement peu épaisse, qui augmente principalement à l'approche des règles. C'est ainsi que se sont passées les choses dans les observations connues, et récemment encore j'en ai eu un exemple sous les yeux, chez une femme tuberculeuse, qui avait une métrite chronique dont les lésions ont été constatées à l'autopsie.

La menstruation est presque constamment, sinon constamment, troublée dans la métrite chronique. Ce sont les signes de la *dysménorrhée* qui caractérisent ce trouble fonctionnel. Il est inutile de reproduire ici la description que j'en ai donnée ailleurs (1). Dans la très grande majorité des cas l'abondance des règles est diminuée en même temps que l'écoulement sanguin se fait avec difficulté et douleur, et nous avons vu plus haut que cette affection coïncide quelquefois avec une suppression qui devient graduellement complète, ou qui, plus rarement, s'est produite tout à coup. Parfois néanmoins on voit survenir une *ménorrhagie* plus ou moins abondante, alors même qu'il y a l'engorgement dur qui, selon M. Duparcque, est le caractère anatomique de la métrite chronique. La femme dont je parlais tout à l'heure m'en a présenté un exemple. Mais ces pertes sanguines ne sont qu'acciden-

(1) Voy. art. *Dysménorrhée*.

telles, et après elles se reproduit la dysménorrhée, avec diminution du flux menstruel qui est propre à cette maladie.

On a dit que la métrite chronique peut s'opposer à la fécondation. C'est un fait qui n'est pas parfaitement démontré et qui demanderait des recherches bien plus précises que celles qui ont été faites sur ce point. Au reste, on est toujours forcé de convenir que, pour que la stérilité soit la conséquence de l'inflammation chronique de l'utérus, il faut que l'affection soit portée à un très haut degré; car les exemples ne sont pas rares où la fécondation a eu lieu chez des femmes qui avaient une métrite chronique avec descente de la matrice.

Peut-on, avec M. Duparcque, attribuer à l'inflammation chronique du col de l'utérus, l'obstacle que la rigidité de cette partie de l'organe oppose à l'accouchement? C'est encore là une question qui ne paraîtra pas parfaitement résolue à ceux qui ne se contentent pas d'une affirmation et qui examinent les faits. Peut-être l'induration de l'orifice du col est-elle, dans certains cas, une conséquence d'une inflammation dissipée, comme la cartilaginification et l'ossification de cet organe; mais, dans l'état d'inflammation même, la dureté du col ne paraît pas suffisante pour s'opposer à sa dilatation.

La métrite chronique, lorsqu'elle n'est pas portée à un très haut degré, peut exister assez longtemps sans que la santé générale paraisse en souffrir beaucoup, et c'est là ce qui explique comment des femmes ont pu vivre pendant douze ans et plus avec cette maladie bien caractérisée. Ordinairement, néanmoins, on observe des symptômes généraux dignes d'attention. C'est ainsi qu'on voit survenir ces *troubles digestifs* si fréquemment liés aux maladies utérines. L'appétit diminue; il y a parfois du dégoût pour les aliments, des goûts bizarres; il survient des douleurs d'estomac, des symptômes d'entéralgie; en un mot, ces phénomènes qui accompagnent la *leucorrhée*, et que j'ai indiqués en traçant l'histoire de cette maladie (1). Ces symptômes sont généralement en rapport et avec la violence des douleurs, et avec l'abondance de l'écoulement.

Suivant M. Duparcque, le *vomissement* est intimement lié à la métrite chronique; mais si l'on examine les observations, on voit qu'il s'est montré bien rarement, et que les cas où l'on a constaté l'existence de ce symptôme peuvent être regardés comme exceptionnels. M. Bennet considère les nausées comme un symptôme caractéristique de l'inflammation chronique du *corps* de l'utérus. Selon ce médecin, leur intensité est toujours en rapport avec celle de la maladie.

C'est lorsque la maladie a atteint un haut degré, qu'on observe la langueur, la pâleur de la face, l'amaigrissement, en un mot tous les signes d'un dépérissement continu. On a encore parlé du teint jaune-paille, du marasme, etc.; mais tout porte à croire que dans les cas où l'on a observé ces symptômes on avait affaire, non à une simple métrite, mais à un cancer non encore ulcéré, que quelques auteurs regardent comme une véritable inflammation.

Comme dans les autres affections chroniques de l'utérus dont j'ai déjà parlé, on observe différents *troubles nerveux*, des névralgies, l'impatience, l'irascibilité, l'insomnie. Mais ces symptômes, que j'ai eu tant de fois l'occasion de signaler, ne présentent rien de particulier dans la métrite chronique.

(1) Voy. art. *Leucorrhée*.

La *fièvre* ne se montre ordinairement pas dans le cours de la métrite chronique, et si on l'observe quelquefois, c'est que, sous une influence quelconque, la maladie a pris le caractère aigu. C'est ce dont on s'assure facilement, car au bout de quelques jours, les signes de métrite chronique persistant, le pouls revient à l'état normal, et la plupart des signes généraux disparaissent.

Métrite chronique partielle. Comme pour la métrite aiguë, on a fait plusieurs divisions suivant le siége de la maladie, et l'on a admis une métrite chronique du col, de la partie antérieure du corps, de la partie postérieure, et de chacune des parties latérales. Je n'ai pas pu trouver d'observation convaincante de métrite chronique bornée à une partie limitée du corps de l'organe, et, d'après quelques faits que j'ai examinés, je suis porté à croire qu'on a donné comme exemples de métrite chronique partielle des tumeurs fibreuses de l'utérus. Mais, en eût-on cité quelques cas incontestables, les faits de ce genre n'en seraient pas moins exceptionnels, et ce qu'il y a de certain, c'est qu'il n'y a que la *métrite chronique du col* qui intéresse véritablement le praticien. Or je n'ai rien à ajouter à la description précédente, relativement à cette espèce, si ce n'est que la palpation à l'hypogastre, en même temps qu'on touche par le vagin, et surtout le toucher rectal, font reconnaître l'état normal du corps de l'utérus, et que le sentiment de tension, de plénitude dans le bassin, ainsi que la chute de la matrice, est beaucoup moins prononcé ou n'existe pas du tout.

M. Bennet décrit encore sous le nom de *métrite interne* l'inflammation de la muqueuse utérine, inflammation presque toujours bornée à la muqueuse du col, mais ce médecin reconnaît lui-même que le plus souvent, cette affection accompagne l'inflammation de l'utérus lui-même qui en masque les symptômes. Nous ne nous en occuperons pas plus longtemps.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de la métrite chronique est continue, en ce sens que la maladie ne disparaît jamais complétement pour se reproduire ensuite ; mais on observe, comme je l'ai déjà indiqué, à propos des menstrues, des exacerbations de plus ou moins longue durée, et aussi des améliorations notables qui parfois font espérer une guérison prochaine. Des circonstances nombreuses peuvent donner lieu à ces exacerbations. Ce sont celles que j'ai signalées comme causes productrices de la maladie ; il serait inutile de les rappeler ici. Suivant M. Duparcque, l'âge critique a sur les engorgements de l'utérus une action fâcheuse. Ce fait, qui expliquerait jusqu'à un certain point l'opinion de Lisfranc sur l'influence de l'âge critique dans la production de la maladie, n'est assurément pas impossible ; mais il n'est pas prouvé par les observations que nous connaissons et demande de nouvelles recherches.

La métrite chronique est remarquable par sa longue *durée*. C'est un point sur lequel je crois devoir insister, parce qu'il est important pour le diagnostic de l'inflammation simple et du cancer de l'utérus. Si l'on examine les observations publiées par M. Duparcque, on voit qu'il n'en est aucune où la durée de la maladie n'ait été de plusieurs années, et qu'un bon nombre ont présenté une durée de cinq, six, sept et même douze ans. Lorsque j'aurai à tracer l'histoire du *cancer de l'utérus*, je comparerai la durée de cette affection avec celle de la métrite chronique.

On peut dire d'une manière générale que la maladie dont nous nous occupons

n'a pas de tendance à se terminer par la guérison. Cependant il n'est pas d'exemple authentique de *terminaison* de la métrite chronique par la mort. L'affection, après avoir fait des progrès lents, reste stationnaire ; et si les femmes succombent, c'est à la suite d'une autre maladie. M. Duparcque affirme néanmoins que, si les femmes passent l'âge critique sans accidents trop graves, la maladie s'améliore ensuite notablement. C'est encore là un fait qui est bien loin d'être invraisemblable ; mais il serait nécessaire que l'observation vînt démontrer son exactitude.

On voit que je n'ai pas parlé de la dégénération de la métrite chronique en *cancer confirmé*, et quelques lecteurs pourront en être surpris ; mais c'est une question qui est subordonnée au diagnostic ; ce serait anticiper que de chercher à la résoudre maintenant. Je me borne à dire ici que l'examen des faits ne conduit nullement à admettre cette dégénération. Il n'est pas extraordinaire, sans doute, de voir une femme affectée de métrite chronique présenter plus tard un cancer ; mais il ne faut pas se hâter d'en conclure que l'inflammation a produit le cancer. Cette inflammation, en effet, ne peut être considérée comme une immunité contre l'affection cancéreuse ; les femmes qui en sont atteintes sont sujettes à la maladie organique comme les autres. C'est donc sous un autre point de vue qu'il faut considérer les faits, et c'est ce que je ferai plus loin.

Les ossifications, les cartilaginifications qu'on a trouvées quelquefois dans l'utérus sont-elles, à n'en pas douter, une conséquence de l'inflammation chronique de cet organe ? A ce sujet, on peut lire ce que j'ai dit des *ossifications du cœur ;* les cas sont identiques, et l'on n'a fourni, relativement à l'utérus, aucune preuve que, sous ce rapport, les choses se passent, dans cet organe, autrement que dans l'organe central de la circulation.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques de la métrite chronique ont été fort peu étudiées. Aussi ne possédons-nous sur ce point que des notions très vagues. Les principales altérations sont la rougeur plus ou moins obscure, quelquefois ardoisée, surtout lorsque la maladie a duré longtemps ; la fermeté des tissus, et en même temps, dans un certain nombre de cas du moins, leur friabilité, c'est-à-dire qu'en perdant leur cohésion normale ils ne sont pas devenus flasques et mollasses, et qu'au simple toucher ils offrent une certaine résistance, qui n'est qu'apparente, car en pressant avec l'extrémité du doigt on pénètre facilement dans leur intérieur, ce qui n'a pas lieu dans une matrice saine, dont le tissu a une cohésion bien connue.

Assez fréquemment l'utérus contient une quantité notable de fluides ; cependant les auteurs affirment avoir vu le tissu malade sec, et en même temps pâle et décoloré. M. Duparcque dit avoir trouvé, entre les fibres, une matière fibro-albumineuse plus ou moins concrète, que l'on peut parfois exprimer par la pression et le grattage, et qui, abondante dans les premiers temps, finit ensuite par diminuer en se concrétant davantage, et même par passer à l'état de cartilaginification et d'ossification. Ces faits ont besoin d'être confirmés par de nouvelles recherches.

Ce qu'il importe beaucoup de constater ici, c'est que dans aucun des cas de métrite chronique dont les lésions ont été vérifiées par l'autopsie, on n'a trouvé de matière cancéreuse, ni de matière squirrheuse. Plusieurs auteurs, et en particulier M. Duparcque, ont admis, il est vrai, que, au bout d'un temps plus ou moins long,

les tissus enflammés passent à l'état squirrheux ; mais ce n'est pas ce qui résulte des observations connues, à moins qu'on ne veuille, avec le dernier auteur que je viens de citer, regarder comme des exemples de squirrhe, des cas dans lesquels on a trouvé une induration marquée pendant la vie. Mais ce caractère ne paraîtra pas suffisant à ceux qui sont versés en anatomie pathologique, et M. Duparcque lui-même nous en fournit la preuve, puisqu'il convient que dans des cas de ce genre on a été surpris de trouver, après la mort, le tissu beaucoup moins dur qu'on ne l'avait cru, ce qu'il attribue à la disparition plus ou moins complète des sucs qui engorgeaient l'utérus. Or c'est ce qu'on n'observe jamais dans le squirrhe, et par conséquent il est permis de dire que si l'induration est un caractère commun au squirrhe et à l'inflammation chronique, ce n'est que pendant la vie. Cette circonstance peut, comme nous allons le voir, rendre le diagnostic difficile, mais ce n'est assurément pas une raison pour regarder les affections comme étant de la même nature.

M. Chomel (1) parle de brides pseudo-membraneuses qui font parfois adhérer le corps de l'utérus aux parties voisines, ce qui, dans certains cas, explique le peu de mobilité de l'organe pendant la vie. Le même auteur a vu le col oblitéré par adhérence immédiate ; mais rien ne prouve que cette adhérence, qui entraîne la stérilité, appartienne réellement à la métrite chronique. Il eût fallu, pour mettre le fait hors de doute, s'assurer qu'à aucune époque il n'y avait eu d'inflammation aiguë du col, et surtout de déchirure, d'éraillure considérable de cet organe pendant l'accouchement, lésions qui auraient laissé après elles l'oblitération dont il s'agit.

M. Bennet (2) a vu plusieurs fois, à la suite de l'inflammation du col, un rétrécissement exister sur un point de la cavité cervicale. Pour ce médecin, « tantôt ce » rétrécissement est le résultat d'un épaississement et d'une hypertrophie morbide » du col, qui a diminué le calibre de la cavité cervicale dans un point qui ne parti- » cipait pas à l'inflammation ; et, à cet égard, il faut se rappeler, dit-il, que l'in- » flammation de la cavité du col a presque constamment pour résultat d'entraîner » la dilatation de la portion enflammée de ce conduit ; tantôt le rétrécissement tient » à ce que le mouvement de retrait qui s'opère après la guérison dans la région » enflammée et dilatée a été porté trop loin. » Habituellement ce rétrécissement n'occasionne pas la stérilité, mais peut devenir la cause de douleurs violentes pendant les règles ; j'ai indiqué à l'article *Dysménorrhée* le traitement employé par ce médecin pour combattre cet accident.

§ V. — Diagnostic ; pronostic.

J'ai déjà fait pressentir que le diagnostic de la métrite chronique peut présenter d'assez grandes difficultés. Ce n'est néanmoins qu'avec une seule maladie qu'il est parfois difficile de ne pas la confondre, et cette maladie c'est le *cancer commençant ou induration squirrheuse de l'utérus*. M. Duparcque s'est attaché à démontrer que le diagnostic différentiel de ces deux affections n'était pas possible. « Causes, symptômes, *terminaisons*, tout, dit-il, est semblable ou commun ; ou bien, s'il y a quelques signes pathognomoniques propres à l'un et étrangers à

(1) *Dict. de méd.*, t. XXX, art. *Utérus* (*inflam.*).
(2) *Loc. cit.*

l'autre, les variétés de ces signes, et surtout leur inconstance, font disparaître ces différences diagnostiques, ou les rendent peu appréciables à l'observation clinique. » On voit par là que, suivant cet auteur, les lésions propres à la métrite chronique et au squirrhe ne présentent pas de différences essentielles, d'où ces opinions émises par lui : Que l'inflammation chronique peut dégénérer en squirrhe, et que le squirrhe est curable et même facilement curable. Je n'ai pas besoin de dire combien ces questions sont importantes et combien il est nécessaire de les discuter à l'aide des faits.

On s'accorde à dire que la forme du col tuméfié n'est pas la même dans les deux maladies. Dans le cancer commençant on trouve des bosselures irrégulières très résistantes sous le doigt, d'un volume très variable ; tandis que dans l'inflammation chronique on trouve le col lisse, uniformément développé, et offrant dans tous ses points une résistance égale. Voilà déjà une première différence qui ne doit pas être négligée. Nous avons vu néanmoins que, dans quelques cas de métrite chronique, il existe des bosselures manifestes. Mais d'abord ces cas ne sont pas à beaucoup près les plus ordinaires, et en second lieu les bosselures présentent, ainsi que M. Duparcque lui-même a eu soin de le faire remarquer, une disposition particulière, ce qui met encore sur la voie du diagnostic.

L'inspection à l'aide du spéculum fournit encore quelques signes différentiels. Nous avons vu, en effet, que le col de l'utérus, dans la métrite chronique, est souvent d'un rouge sombre, et que la muqueuse y paraît congestionnée ; or, dans le cancer non ulcéré, le col est pâle, blafard, et la muqueuse lisse et polie.

Nous pouvons dire d'avance qu'un des caractères les plus communs et les plus frappants du cancer utérin commençant est de donner lieu à des pertes sanguines souvent très abondantes ; c'est ce qui n'a pas lieu dans la métrite chronique, qui est surtout remarquable par la *dysménorrhée* qu'elle occasionne.

Un autre caractère de la métrite chronique qui n'a pas été signalé par les auteurs, quoiqu'il ait une extrême importance, c'est de durer très longtemps, jusqu'à dix, douze ans et plus, sans donner lieu aux accidents si graves qui se manifestent au bout d'un temps beaucoup moins long, dans les cas de véritable cancer. Le col de l'utérus ne s'ulcère pas, il ne tombe pas en détritus comme dans le cancer ; les douleurs restent les mêmes et présentent seulement des exacerbations par intervalles, tandis que dans le cancer il survient, à une certaine époque de la maladie, des douleurs plus ou moins violentes qu'on n'avait pas observées au début ; et enfin le dépérissement, la langueur, la décoloration, la couleur jaune-paille des tissus, sont bien autrement marqués dans le cas de cancer même commençant, que dans ceux de métrite chronique très intense et déjà ancienne.

Je crois qu'avec ces éléments on peut parvenir au diagnostic, sur lequel au reste je reviendrai dans l'article consacré au cancer de l'utérus. On ne saurait toutefois se dissimuler qu'il ne puisse y avoir des cas où ce diagnostic soit très difficile ; mais c'est ce que l'on observe dans un grand nombre de maladies, sans que pour cela on se croie autorisé à regarder comme étant de même nature des affections qui, dans la très grande majorité des cas, se montrent avec des caractères très distincts.

Quant aux cas de *cancer ulcéré*, de *polype*, de *névralgie de l'utérus*, ils se dis-

tinguent par trop de points de la métrite chronique pour qu'il soit nécessaire d'en présenter le diagnostic.

Les *corps fibreux* de la matrice donnent lieu à des symptômes qui les font ressembler beaucoup à la métrite chronique. On devra considérer dans le diagnostic la situation de la lésion, les corps fibreux occupant ordinairement le corps de l'utérus; tandis que la métrite chronique occupe ordinairement le col, soit isolément, soit en même temps que le corps. On ne peut, du reste, mieux comprendre tout ce qu'il reste encore à faire pour donner plus de précision à l'histoire de la maladie qui nous occupe, que lorsqu'il s'agit de son diagnostic.

Pronostic. Le pronostic de la métrite chronique est sérieux sans être grave. Nous avons, on se le rappelle, écarté, comme terminaison de la maladie, sa dégénération en squirrhe; or, c'est la possibilité de cette dégénération qui seule a pu, aux yeux d'un certain nombre de médecins, faire regarder l'inflammation chronique de l'utérus comme une maladie très grave. Dans tous les cas rapportés par les auteurs, la guérison, ou du moins une amélioration des plus grandes, a été la conséquence d'un traitement bien entendu, et lorsque les malades ont succombé, c'est qu'une autre maladie est venue les enlever. Nous allons voir, en parlant du traitement, que la très longue durée de l'affection ne doit pas, dans un bon nombre de cas, rendre le pronostic plus grave. La guérison n'a pas été, en effet, plus difficile à obtenir, dans ces cas, dont les principaux sont rapportés par M. Duparcque.

§ VII. — Traitement.

La plupart des auteurs qui se sont occupés spécialement des maladies de l'utérus ont pensé qu'il n'y avait pas une grande différence entre les engorgements de cet organe, dus à une simple inflammation, et ceux qui reconnaissent pour cause le développement du squirrhe, et même des tubercules. En conséquence, ils ont étudié le traitement appliqué à ces divers états, sans faire aucune distinction, et de là une confusion extrême que de nouvelles observations pourront seules faire cesser. C'est ainsi, par exemple, que Lisfranc, après avoir parlé des engorgements avec induration simple, des engorgements squirrheux, cancéreux, avec ou sans ulcération, consacre un chapitre au traitement de tous ces engorgements, comme si ce qui convient à l'un devait nécessairement convenir à l'autre. C'est un exemple qui ne doit pas être imité par les observateurs qui à l'avenir s'occuperont de ces affections utérines encore si mal connues; quant à nous, recherchons ce qui, parmi les moyens proposés, convient plus particulièrement à l'inflammation chronique de la matrice.

Émissions sanguines. Tous les auteurs ont conseillé vivement les émissions sanguines. La *saignée générale* est recommandée si la malade n'est pas trop affaiblie. Dans plusieurs cas même, parmi ceux que j'ai rassemblés, on est revenu à la saignée du bras, à deux, trois et quatre reprises en deux ou trois semaines, et chaque fois il en est résulté un soulagement marqué qui consistait d'abord dans la diminution des douleurs. Lorsque des symptômes de dysménorrhée se produisent aux époques menstruelles, et qu'on s'est assuré qu'ils sont dus à un certain degré de congestion sanguine accidentelle, ce qui est le cas le plus ordinaire, on a recours aux *saignées spoliatives* dont j'ai parlé dans l'article *Dysménorrhée*.

Des *sangsues* en plus ou moins grand nombre sur l'hypogastre, aux aines, à la partie supérieure des cuisses, à l'anus, sont généralement prescrites; mais je n'insiste pas sur ces applications, pas plus que sur celle des *ventouses scarifiées* qui ordinairement peuvent les remplacer. J'ajouterai seulement que, contrairement à la manière de voir de tous les autres auteurs, Lisfranc (1) regarde l'application des sangsues et des ventouses scarifiées, non seulement comme peu utile, mais encore comme nuisible dans le plus grand nombre des cas. « Lorsque, dit-il, nous sommes appelés en ville pour voir des femmes affectées de maladies de l'utérus, il est assez rare qu'on n'ait pas eu déjà recours aux annélides; nous interrogeons les malades, et nous apprenons que dix-huit sur vingt ont éprouvé plus de chaleur et plus de douleur à la suite de l'emploi du moyen dont nous nous occupons; que quelquefois même ce moyen a produit des accidents très violents : il est des cas dans lesquels il réussit, mais ce sont des exceptions. » En présence d'opinions aussi contradictoires, que peut faire le praticien qui n'a pas pour se guider une étude exacte des faits ? Je viens d'exposer l'état de la science, c'est à l'observation ultérieure à résoudre la question.

Mais il est un mode particulier d'appliquer les sangsues qui mérite que nous nous en occupions. M. Duparcque a principalement insisté sur les bons effets de l'application des *sangsues sur le col de l'utérus*. Voici comment il s'exprime à ce sujet : « Le premier effet, dit-il, de l'application des sangsues au col de l'utérus, effet qui a constamment lieu, quand même la maladie n'est pas de nature à pouvoir guérir, comme dans les cancers confirmés eux-mêmes, c'est de calmer comme par enchantement les douleurs sacro-lombaires, les élancements, enfin toutes les sensations pénibles qui sont les compagnes ordinaires des altérations légères ou profondes de la matrice.

» Le nombre des sangsues doit être proportionné au volume de l'engorgement, au degré de prédominance des symptômes inflammatoires et à l'état des forces. Je remarquerai cependant que cette saignée directe produit moins de faiblesse, toute proportion gardée, que la saignée générale. Aussi peut-elle être employée dans des cas où celle-ci pourrait être préjudiciable, comme dans les derniers degrés du cancer par exemple. »

Il est fâcheux que M. Duparcque n'ait pas étudié rigoureusement ses observations sous ces divers points de vue; ses propositions seraient beaucoup moins vagues. Pour nous, ce qu'il importe de remarquer avec cet auteur, c'est que, dans sept cas, une ou deux applications de sangsues sur le col ont été suivies d'une prompte diminution de l'engorgement utérin, et que si, sous ce rapport, on considère les autres moyens dont il sera parlé plus loin, on n'en trouve aucun qui ait procuré aussi promptement ces résultats avantageux. Ces faits sont suffisants pour assigner à l'application des sangsues sur le col de l'utérus une place importante parmi les moyens thérapeutiques dirigés contre la métrite chronique. Cependant, plusieurs auteurs ont affirmé avoir obtenu des résultats beaucoup moins satisfaisants; mais comme ils n'ont pas cité les faits à l'appui, nous ne pouvons pas opposer leurs simples assertions aux observations de M. Duparcque.

Il faut mentionner un accident qui peut survenir à la suite de l'application des

(1) *Loc. cit.*, p. 713.

sangsues sur le col de l'utérus, et qui est assez grave pour que le médecin ne doive confier cette application à personne. Cet accident est une hémorrhagie assez considérable pour exiger le tamponnement. C'est ce qui est arrivé dans un des cas cités par M. Duparcque, et dans lequel le tamponnement a heureusement arrêté l'hémorrhagie en très peu de temps. M. Bennet a cité des cas semblables.

Il faut, pour l'application des sangsues sur ce point, se servir du spéculum plein.

Pour compléter le *traitement antiphlogistique* dont les saignées constituent le principal moyen, on prescrit les *bains prolongés*, simples ou émollients ; des *bains de siége* fréquents ; les *applications émollientes* sur l'hypogastre et les parties génitales, et même dans l'intérieur du vagin. On les introduit de plusieurs manières : la plus ordinaire est de prescrire des *injections émollientes* ou *narcotiques* (eau de guimauve, de lin, de laitue, de pavot, de jusquiame, de morelle, etc.), que les malades font plusieurs fois par jour, et qui peuvent être pratiquées dans le bain en se servant de l'eau du bain, ou du bain de siége. On peut porter un *cataplasme liquide* de farine de graine de lin ou de fécule de pomme de terre dans cette partie, soit à l'aide d'une seringue à canule d'un gros calibre, soit à l'aide du spéculum. Pour que le cataplasme ne s'échappe pas, il faut que la malade soit couchée sur le dos, le bassin plus élevé que le reste du corps. M. Mêlier (1) propose de faire prendre de la même manière des *bains du col de l'utérus*, qu'on peut renouveler plusieurs fois par jour. On peut encore imbiber une éponge d'un liquide émollient, et la porter jusqu'au col.

Pendant que l'on soumet les femmes à ce traitement, on les tient à un *régime* assez sévère ; proscrivant les alcooliques et recommandant les aliments froids et les boissons froides. Il est surtout essentiel de prescrire le *repos*, et si la chose est possible, le repos au lit. Dans les observations on voit fréquemment l'amélioration déjà obtenue disparaître faute de cette précaution. Lisfranc a néanmoins vu des malades qu'un repos trop prolongé irritait beaucoup, et auxquelles il fallait permettre un assez grand exercice. C'est au médecin à reconnaître la conduite qu'il doit tenir selon les cas.

Suivant M. Mêlier, il est bon de ne pas s'en tenir à ces applications émollientes et de faire des *pansements* journaliers avec des tampons de charpie enduite de diverses pommades. Il conseille principalement la pommade suivante :

♃ Cérat....................	30 gram.	Extrait d'opium.............	2 gram.
Extrait de ciguë.......	2 à 4 gram.		

Mêlez.

Après les bains du col, le même praticien est dans l'usage de porter sur cette partie de l'organe un tampon de charpie fine imbibé du liquide qui a servi au bain, ou bien un plumasseau de charpie enduit de cérat frais, simple, opiacé ou saturné, selon qu'il s'agit d'abattre l'inflammation, de calmer les douleurs, ou de chercher à opérer la résolution de l'engorgement. C'est à l'observation ultérieure à nous apprendre quels sont les résultats de ces médications, car malheureusement l'auteur que je viens de citer n'a pas rapporté ses observations.

Pour faire ces pansements, M. Mêlier se sert du spéculum plein, dans lequel il

(1) *Mémoires de l'Académie royale de médecine*. Paris, 1833, t. II, p. 344.

place de champ le plumasseau enduit du médicament qu'il pousse ensuite doucement jusqu'au col à l'aide d'un mandrin qui remplit l'instrument. On arrive facilement au même résultat en se servant de toute espèce de spéculum, et en appliquant la charpie sur le col à l'aide de longues pinces.

Quelques auteurs ont proposé d'introduire un *fragment de glace* dans le vagin. Lisfranc, qui a expérimenté ce moyen, l'a toujours vu être très désagréable pour les femmes, et aggraver les accidents plutôt que de les dissiper.

Au traitement topique qui vient d'être exposé on joint ordinairement un traitement interne qui varie beaucoup suivant les auteurs. Je vais exposer les principaux moyens qui le composent.

Vomitifs; purgatifs. Les vomitifs n'ont pas été fréquemment administrés contre la métrite chronique. Cependant M. Bayle (1), d'après M. Mériadec Laënnec, a rapporté un cas en faveur de *l'émétique à haute dose.* Mais cette observation, dont j'ai déjà dit un mot à propos de la métrite aiguë, manque de détails à tel point, qu'on n'est pas même bien sûr qu'il s'agisse d'une véritable métrite. M. Trousseau vante l'action de l'ipécacuanha dans la *métrite subaiguë;* mais il s'agit, dans les faits qu'il a observés, de l'état puerpéral dont il n'est pas question ici. En l'absence de renseignements plus positifs, je me bornerai donc à dire que l'*ipécacuanha* est donné à la dose de 1 gramme ou de 1 gramme 50 centigrammes, à plusieurs reprises, si le cas paraît l'exiger, et que dans le fait cité par M. Laënnec, on prescrivit d'abord *trente centigrammes* de tartre stibié dans *six verres d'infusion de feuilles d'oranger*, et puis la même dose associée au *quinquina*, ce qui n'empêcha pas les vomissements et les selles d'être très abondants.

M. Duparcque a administré l'*émétique en frictions*, et ce mode d'administration mérite d'être mentionné avec quelques détails :

ÉMÉTIQUE EN FRICTIONS.

« Je fais, dit-il, incorporer 1 partie d'émétique dans 8 d'axonge non lavée :

℞ Axonge non lavée......... 30 gram. | Émétique.................. 4 gram.

Mêlez.

» On prend, pour chaque friction, la valeur de *deux grammes* de cette pommade. Une première friction est faite à la partie interne d'une jambe. Le *soir même*, une seconde friction à l'autre jambe. Le *second jour*, frictions aux cuisses, une le matin, l'autre le soir. Le *troisième jour*, on frictionne également les deux bras alternativement; puis les côtés du thorax, le *quatrième jour. On recommence ensuite dans le même ordre.*

» On doit frotter avec la paume de la main, largement, légèrement, et longtemps. Si quelques pustules se montrent sur une partie, on cesse d'y appliquer d'autres frictions; car ce n'est pas pour déterminer une éruption, comme on le fait ordinairement, que je les emploie, mais pour faire pénétrer le médicament par absorption ; ce n'est pas une action dérivative externe, mais une action altérante interne que je me propose d'exciter.

» Si l'on n'aperçoit aucun résultat, après avoir employé de cette manière la va-

(1) *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1828, t. I, p. 296.

leur de 15 à 30 grammes d'émétique, il faut cesser l'application. Je ferai observer qu'aucune des malades soumises à cette médication n'offrit de phénomènes indiquant que le tartre stibié ainsi administré ait porté son action sur les voies digestives. »

Cette dernière réflexion de l'auteur prouve que l'absorption qu'il veut obtenir n'est du moins pas très considérable, car les expériences faites avec le tartre stibié appliqué sur les surfaces dénudées ont prouvé que cette absorption, lorsqu'elle est un peu notable, ne tarde pas à produire l'action vomitive.

Parmi les *purgatifs* on choisit ordinairement ceux qui ne provoquent pas une grande irritation dans l'intestin, ou, en d'autres termes, les *laxatifs*. L'*eau de Sedlitz*, l'*huile de ricin* ou d'*épurge* à doses modérées; les sels de *soude* et de *magnésie* remplissent cette indication. Ces moyens, du reste, ne doivent être considérés que comme des adjuvants. Dans aucun cas ils n'ont été administrés seuls.

Narcotiques à l'intérieur. Les narcotiques ne sont guère administrés à l'intérieur que dans les cas où les douleurs sont vives, et surtout lorsqu'il survient des symptômes de *dysménorrhée*. Il faut cependant faire une exception pour la *ciguë*, qui, d'après plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut citer Lisfranc, Récamier et M. Duparcque, aurait procuré la guérison, non seulement de plusieurs métrites chroniques, mais encore de véritables *squirrhes de l'utérus*. Malheureusement, encore, nous ne possédons pas les observations qui pourraient servir à faire apprécier exactement l'action de ce médicament.

Lisfranc conseillait de donner la *poudre de ciguë* à la dose de *cinq centigrammes* que l'on double au bout de quinze jours, en augmentant successivement jusqu'à 15 et 20 centigrammes. Suivant M. Duparcque, l'extrait a autant d'efficacité, et n'a pas, comme la poudre, l'inconvénient d'occasionner le dévoiement et un sentiment désagréable à la gorge. Mais il importe de donner l'*extrait préparé à froid*, en faisant traverser le suc de la plante par un courant d'air continu. On sent combien il est nécessaire que des observations exactes et en nombre suffisant viennent nous éclairer sur l'efficacité de ce moyen, si souvent vanté et délaissé tour à tour dans tant de maladies chroniques.

Les autres narcotiques, comme l'*opium*, les sels de *morphine*, la *belladone*, le *datura*, ne sont administrés que pour calmer les douleurs, et il est par conséquent inutile d'insister sur ces moyens. Je dirai seulement qu'un des modes d'administration de l'opium les plus recommandés, est l'emploi de *lavements laudanisés* plus ou moins réitérés.

Il faut, avec M. Duparcque, passer sous silence l'*acide hydrocyanique* dont l'action est très contestable, parce que ce médicament dangereux ne doit être conseillé que dans les cas où l'expérience en a bien démontré l'utilité.

J'en dirai autant de l'*arsenic*. Il faudrait, pour qu'on pût avoir quelque confiance dans ce médicament, que des faits bien détaillés nous en fissent connaître l'action presque jour par jour.

Résolutifs; fondants; désobstruants. Il serait beaucoup trop long d'entrer dans les détails de cette médication suivie dans tous les cas où l'on a constaté l'existence de l'engorgement d'un viscère quelconque. Je dirai d'abord que parmi les moyens de ce genre, ceux qui sont le plus généralement employés sont les *boissons alcalines* et *les bains alcalins*. L'*eau de Vichy*, de *Néris*, de *Carlsbad*, d'*Ems*, etc.,

est prescrite en boisson, et tous les jours on fait prendre aux malades un bain d'eau alcaline naturelle, ou un bain d'eau simple auquel on ajoute *deux ou trois cents grammes de carbonate de soude.*

Mercuriaux. Les mercuriaux sont également employés dans le but de résoudre l'engorgement. Le *calomel*, les *pilules d'onguent mercuriel*, les *frictions mercurielles* sur les membres, l'application de la *pommade mercurielle* sur le col de l'utérus ont été fréquemment mis en usage ; à ce sujet, il faut rappeler que la plupart des auteurs ont regardé le virus vénérien comme pouvant produire l'engorgement de l'utérus, et ont cité pour preuve quelques cas où la disparition de cet engorgement a suivi l'usage des mercuriaux. Mais, dans ces cas, on a toujours employé plusieurs autres agents thérapeutiques, et d'un autre côté, outre leur action spéciale, les mercuriaux en ont une autre qui les a fait ranger parmi les remèdes fondants. L'expérimentation n'a donc pas été faite de telle manière qu'on puisse se faire une opinion bien arrêtée sur l'efficacité de ces médicaments.

Iode. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi de l'iode et de ses préparations, parmi lesquelles il faut placer en première ligne l'*iodure de potassium* qu'on peut prescrire de la manière suivante :

℞ Infusion de saponaire..... 500 gram. | Iodure de potassium...... 5 gram.

Dissolvez. Dose : matin et soir, une ou deux cuillerées à bouche de cette solution dans une tasse de décoction de salsepareille.

« Dans le cas de contre-indication par les voies digestives, on administre, dit M. Duparcque (1), les préparations d'iode par la méthode iatraleptique, c'est-à-dire *en frictions.* On se sert pour cela de l'*hydriodate de potasse*, des *iodures de soufre*, de *plomb*, de *mercure* auxquels on donne la forme de pommade en les incorporant à l'axonge. Les proportions sont de *quatre grammes du médicament* par *trente grammes d'axonge.* On augmente l'action résolutive de la pommade en y ajoutant quelques centigrammes d'iode (de 0,20 à 0,40). »

M. Duparcque a cité à l'appui de cette médication quelques observations. Mais il suffit de les parcourir pour s'assurer que le traitement a été compliqué, de manière qu'il n'est pas possible de savoir exactement quelle a été l'action de l'iode. J'ajoute seulement qu'on a surtout employé ce médicament dans les cas où l'on a supposé l'existence du vice scrofuleux.

Préparations d'or. Nous retrouvons encore ici les préparations d'or recommandées comme l'iode dans les cas où l'on peut attribuer la maladie au vice scrofuleux. Je ne rappellerai pas la manière d'administrer ces médicaments, elle est la même que celle qui a été indiquée à l'article *Scrofules* (2) ; je citerai seulement ce passage de M. Duparcque : « Le docteur Krimer, dit-il, portait immédiatement sur le col de l'utérus engorgé, 10 *ou* 15 *centigrammes* d'*hydrochlorate d'or mêlé de sucre.* » L'indication de l'observation donnée par l'auteur étant erronée, je n'ai pas pu remonter à la source.

Révulsifs ; dérivatifs. Les révulsifs sont placés par tous les auteurs au nombre des moyens les plus actifs contre la métrite chronique. Mais encore ici nous ne trouvons pas dans les observations des éléments suffisants de conviction. On a pro-

(1) *Loc. cit.*, p. 307.
(2) Voy. t. II.

posé les *vésicatoires volants* ou *à demeure*, les *cautères*, les *moxas*, sur l'hypogastre, aux lombes, au pourtour du bassin. M. Duparcque cite une observation de M. Téallier, dans laquelle deux larges cautères ayant été appliqués sur les côtés de la partie inférieure de la colonne vertébrale, on constata qu'au bout de six mois l'engorgement, très considérable, avait presque entièrement disparu. Les *sétons* à l'hypogastre ont été très vantés : Lisfranc dit leur avoir vu produire des effets admirables dans plusieurs cas ; mais une bonne expérimentation de ce moyen reste encore à faire. Quant aux *moxas*, on y a rarement recours, à cause de la crainte qu'ils inspirent aux malades.

La *pommade stibiée*, un *emplâtre de poix de Bourgogne* saupoudré ou non d'émétique, les frictions avec l'*huile de croton*, avec un *liniment ammoniacal*, avec la *teinture de myrrhe* ou d'*aloès*, sont également employés dans le but d'exciter plus ou moins violemment la peau ; mais rien ne prouve que ces moyens, dont quelques uns sont très douloureux quand on les emploie activement, soient autre chose que de simples adjuvants. Il en est de même des *ventouses sèches* autour du bassin, que quelques médecins conseillent de mettre en usage.

On peut rapprocher de ces moyens les *irrigations*, les *douches* sur le col de l'utérus, sur le bassin, sur les cuisses avec différents liquides excitants. Alibert a cité un cas où l'irrigation en forme de douche a paru avantageuse, et Lisfranc pense qu'on peut attendre de bons résultats de ce moyen trop négligé. Pour pratiquer cette douche, on se sert d'un baquet qu'on place à une hauteur plus ou moins considérable, suivant qu'on veut que le jet du liquide ait plus ou moins de force. On adapte à ce baquet un tube flexible, auquel on ajoute la canule à injections. Le liquide contenu dans le baquet remonte avec plus ou moins de force sur le col de l'utérus après l'introduction de la canule dans le vagin. On se sert pour ces douches d'une infusion de *plantes aromatiques*, ou de tout autre liquide légèrement excitant. L'*eau simple* est aussi fréquemment employée. Lisfranc recommande surtout d'administrer ces douches presque froides. Il en est de même des douches à l'extérieur qu'on pratique à la manière ordinaire.

M. le docteur Fleury (1) a obtenu la guérison d'engorgements anciens et indurés à l'aide de *douches froides*.

Enfin, on a conseillé de porter des injections simples ou médicamenteuses *jusque dans la cavité utérine*. Mais des accidents graves : l'augmentation des douleurs, l'exaspération de l'inflammation, et même le développement d'une péritonite, ont été la conséquence de ces injections.

Cependant M. Vidal, de Cassis (2), en prenant des précautions qui, malheureusement ont été négligées par beaucoup d'autres médecins, n'a jamais vu survenir ces accidents. C'est donc un moyen qu'il ne faut pas condamner sans l'avoir expérimenté de nouveau.

Dans ces derniers temps, on a été jusqu'à *cautériser, avec le nitrate d'argent, toute la surface interne de l'utérus*. M. Récamier emploie pour cela une *sonde porte-caustique*. M. Chassaignac se sert tout simplement du crayon de nitrate d'argent dont il rend la brisure inoffensive en lui donnant pour axe un fil de pla-

(1) *Séances de l'Acad. des sciences*, 12 mars 1849.

(2) *Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de l'utérus. Injections intra-vaginales et intra-utérines* ; Paris, 1840, in-8°.

tine. M. Blatin avait déjà obtenu le même résultat en se servant d'un fil d'amiante, au lieu d'un fil de platine.

Je n'insiste pas sur ces divers moyens dont la valeur n'est pas encore bien établie.

Moyens mécaniques. Nous avons vu plus haut qu'un des grands inconvénients de la métrite chronique est de donner lieu à un sentiment de tension dans l'abdomen, au renversement de l'utérus, et surtout à la chute de la matrice. Or, convient-il, dans ces cas, d'employer des instruments pour maintenir la matrice à sa place? Quelques auteurs, et entre autres Lisfranc, affirment que, dans quelques cas, une *ceinture à coussin* appliquée sur l'hypogastre a réussi à calmer les tiraillements que le poids de l'utérus fait éprouver dans les flancs et les lombes; mais les cas de ce genre sont rares, et bien plus souvent la pression exercée par le coussin de la ceinture exaspère les douleurs au point de les rendre insupportables. Dans tous les cas, on ne doit point avoir recours à ce moyen, lorsque, par la pression exercée sur l'hypogastre, on détermine une douleur marquée; le repos, dans une position convenable, est alors le meilleur moyen de calmer les douleurs.

Quant aux *pessaires*, il résulte des observations que nous avons rassemblées, que, dans tous les cas où l'existence de la métrite chronique a été bien constatée, ils ont eu pour effet d'augmenter considérablement l'intensité des symptômes. Lisfranc dit (1), il est vrai, qu'on peut, dans certains cas, retirer de grands avantages de ce moyen; mais, comme il ne cite pas les cas, on ne saurait avoir aucune conviction à ce sujet. Toujours est-il que les pessaires ordinaires, que je dois me borner à indiquer ici en général, ne doivent pas être employés lorsqu'il existe encore une sensibilité vive de l'organe. Il n'en est pas de même du *pessaire intra-utérin* et de la *sonde utérine*, si efficaces dans les déviations, quand on les emploie bien.

Résumé ; précautions générales. Tel est ce traitement, dans lequel, comme on le voit, on a multiplié les moyens thérapeutiques. Les auteurs que j'ai plusieurs fois cités l'ont exposé avec de grands détails; mais je dois le répéter et le regretter encore, ils n'ont pas fait une analyse rigoureuse des faits soumis à leur observation; ils n'ont pas assez nettement posé le diagnostic, et le médecin qui veut se rendre compte des motifs qui ont fait conseiller tel ou tel moyen thérapeutique ne trouve le plus souvent que des affirmations ou des raisonnements au lieu des résultats de l'expérience. D'ailleurs l'étude du traitement de cette maladie prouve, encore une fois, que, lorsque la pathologie est défectueuse, et lorsque le diagnostic présente des incertitudes, la thérapeutique ne peut pas être établie sur des bases solides.

Ce qui ressort de plus positif des détails dans lesquels je suis entré, c'est que, comme moyens curatifs, les antiphlogistiques aidés du repos, et, comme moyens palliatifs, les narcotiques, sont les médicaments sur lesquels on doit le plus compter.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES.

Comme nous l'avons vu plus haut, le repos dans la position horizontale doit être

(1 *Loc. cit.*, t. I, p. 721.

toujours prescrit, à moins qu'il ne produise une irritation générale et des troubles de la digestion.

Les malades devront s'abstenir de tout ce qui peut exciter les organes génitaux ; on leur défendra sévèrement le coït.

Elles doivent éviter toutes les émotions morales vives.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines ; émollients ; délayants ; narcotiques à l'extérieur ; bains du col de l'utérus, pansements avec des pommades narcotiques ; injections ; cataplasmes sur le bassin, dans le vagin ; glace dans le vagin ; purgatifs ; émétique par absorption ; narcotiques à l'intérieur ; résolutifs ; fondants ; désobstruants mercuriaux ; iode ; or ; révulsifs ; dérivatifs ; injections dans la cavité utérine ; cautérisation de cette cavité ; moyens mécaniques.

ARTICLE VII.

MÉTRITE PUERPÉRALE.

Il y a quelques années, la métrite puerpérale avait plus d'importance qu'on ne lui en accorde à présent, parce que la manière dont on envisageait les affections qui surviennent après la parturition n'était pas celle qui est adoptée aujourd'hui par suite des progrès de la science. Les observations prises par M. Voillemier (1) pendant une épidémie de *fièvre puerpérale* qui a régné à la clinique de la Faculté ont surtout contribué à nous éclairer sur ce sujet important, et depuis, plusieurs autres travaux que je ferai connaître plus tard sont venus confirmer les résultats obtenus par cet observateur. Il en est résulté que beaucoup de cas qu'on regardait comme de simples métrites ou des métro-péritonites puerpérales, ne sont autre chose que des exemples d'une affection générale dont les lésions de l'utérus et du péritoine voisin font partie.

Cependant il est des cas, et assez nombreux, comme nous pouvons tous les jours nous en convaincre, où toute la maladie est concentrée dans la phlegmasie de l'utérus, et ces cas méritent d'être étudiés particulièrement.

M. Chomel (2) propose de diviser cette affection en *métrite puerpérale proprement dite*, c'est-à-dire celle qui survient immédiatement après la parturition, et en *métrite post-puerpérale*, qui ne se manifeste que quelques jours après. Mais en examinant attentivement les faits, on voit que cette division n'est pas, d'après ce que nous venons de dire, aussi importante qu'elle le paraît au premier abord. M. Chomel, en effet, convient que les cas de métrite puerpérale proprement dite ont une physionomie toute particulière et se présentent rarement à l'état de simplicité. Or ce sont là précisément ces cas dans lesquels il y a un état général qui constitue ce que l'on appelle la *fièvre puerpérale*, et dans lequel la métrite est loin de jouer toujours le premier rôle. On trouve, il est vrai, dans ces cas, le tissu de l'utérus ramolli, gangrené, suppuré dans plusieurs points ; le pus

(1) *Hist. de la fièvre puerpérale qui a régné épid. à l'hôp. des clin. pend. l'année* 1838 (*Journ. des conn. méd.-chir.*, 1840).

(2) *Dict. de méd.*, t. XXX, p. 228.

se montre dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, mais le péritoine est affecté ainsi que plusieurs autres organes, et ce qui est bien plus important à noter encore, c'est que la fièvre peut se produire dans toute son intensité avec l'une ou l'autre de ces lésions, et parfois même en leur absence, ce qui prouve qu'elles ne sont pas essentielles.

Pour nous donc, la métrite puerpérale est précisément celle que M. Chomel appelle *métrite post-puerpérale*, et dans ce cas seul on peut se servir avec exactitude du nom de métrite, car c'est l'inflammation de l'utérus qui constitue toute la maladie. Récemment, M. le docteur Willemin a, dans un travail que je citerai plus loin, partagé cette manière de voir. Cette explication était nécessaire pour éviter toute confusion, et maintenant on comprendra bien quelles sont les limites que j'assigne à la métrite des femmes en couches.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On doit entendre, par le nom de métrite puerpérale, une affection caractérisée par l'inflammation de l'utérus, qui quelquefois se propage à un organe voisin, sans aucun de ces accidents redoutables qui indiquent une inflammation primitivement générale, comme les violents frissons, la suppuration de divers organes, la péritonite générale, le délire, etc. ; car alors il y a une *fièvre puerpérale*, et non pas seulement une métrite.

Cette maladie ayant été récemment séparée d'un état général qui n'était pas parfaitement connu, la synonymie n'est pas riche. On la trouve désignée sous le nom de *métrite des femmes en couches*, ou confondue avec la métrite simple dans beaucoup de descriptions.

La métrite puerpérale telle que nous la comprenons ne laisse pas d'être *fréquente*. Dans ces derniers temps on en a vu de nombreux exemples dans les hôpitaux, et, pour ma part, j'en ai observé trois en deux mois dans un service de trente-trois lits de femmes où l'on ne reçoit pas particulièrement les femmes en couches. Tout le monde sait qu'il est certaines époques où cette inflammation se montre bien plus fréquemment que dans d'autres, sans qu'on en ait pu découvrir la raison, et c'est là le seul lien qui unisse cette métrite à la fièvre puerpérale.

§ II. — Causes.

Parmi les causes, il en est une qui doit être mentionnée en première ligne : c'est un *repos insuffisant* après les couches. Nous verrons plus loin qu'ordinairement cette métrite ne se développe pas, comme celle qui se montre dans la fièvre puerpérale, immédiatement après l'accouchement, et que les malades se sont déjà levées avant les premières atteintes. C'est surtout parmi les femmes du peuple que se montre cette maladie sous l'influence de la cause dont il s'agit, parce que ces femmes croient pouvoir se livrer à leurs occupations après une semaine de repos, comme si l'on pouvait assigner une limite fixe à ce repos nécessaire après l'accouchement, et si l'on ne devait pas consulter l'état des organes.

Cependant l'existence de cette cause n'est pas nécessaire. J'ai actuellement dans mon service, à l'Hôtel-Dieu annexe, une femme qui est accouchée, et qui a présenté le lendemain de sa fièvre de lait, et sans avoir quitté son lit, les symptômes

d'une métrite intense qui ont augmenté les jours suivants. C'est dans ces cas qu'on doit admettre l'existence d'une cause générale, d'une *constitution médicale* dont la nature nous est inconnue.

Quelquefois, néanmoins, on a vu la métrite se déclarer presque immédiatement après l'accouchement, et, en pareil cas, on en a presque toujours trouvé la cause dans des *manœuvres violentes* nécessitées par un accouchement difficile, dans une *délivrance laborieuse* et *longue*, en un mot dans une irritation quelconque de l'utérus.

M. Willemin (1), dans un travail très intéressant sur la métrite des nouvelles accouchées, range, parmi les causes de cette affection, les *déchirures profondes du col utérin.*

On doit rapprocher de la métrite dont nous nous occupons celle qui survient après *l'avortement*, et qui assez souvent reconnaît pour cause les violences dont je viens de parler.

Il arrive quelquefois que le *placenta ne peut pas être extrait en entier*, qu'il en séjourne des fragments plus ou moins considérables dans l'utérus, que ces fragments s'y putréfient, et l'on a vu une métrite être la conséquence de cette espèce de rétention.

Enfin je citerai comme des causes dont on a rapporté des exemples, la présence de *caillots* plus ou moins volumineux dans l'utérus; *l'exposition au froid*, le *coït* exercé avant que l'utérus ait repris son état normal.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de la métrite dont il s'agit dans cet article ne diffèrent réellement de ceux de la métrite simple aiguë que par leur plus grande intensité.

Début. Ainsi que le fait remarquer M. Chomel, il est rare que cette affection débute avant le quatrième ou le cinquième jour des couches, et après le vingtième ou le vingt-cinquième. C'est ordinairement du dixième au quinzième jour qu'on la voit apparaître. Cependant M. Willemin (2) a vu des cas où la maladie est survenue quelques heures après l'accouchement, et, dans quelques-uns, la maladie a paru dépendre d'une irritation de l'utérus pendant la parturition. J'ai fait la même observation. Il est également d'observation que les cas dans lesquels il existe un frisson initial sont tout à fait exceptionnels, ce qui, comme on le voit, rapproche beaucoup cette affection des phlegmasies simples. Les femmes, immédiatement ou quelques jours après leur fièvre de lait, commencent à sentir dans l'hypogastre des douleurs fugitives semblables à celles qu'on nomme *coliques utérines*, et qui existent peu de temps après l'accouchement; aussi s'effraient-elles très peu. Mais bientôt la douleur devient permanente, la fièvre s'allume, et la maladie est déclarée.

Symptômes. Les phénomènes les plus remarquables sont, sans contredit, la douleur hypogastrique et le gonflement de l'utérus.

La *douleur* est continue, avec un sentiment de *tension* et de *pesanteur* dans le

(1) *De la métrite puerpérale idiopathique* (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1847, t. XV, p. 289, 450).
(2) *Loc. cit.*



bassin. Il y a par moments des *exacerbations*, mais beaucoup moins marquées que dans certaines congestions sanguines ou dans certaines hystéralgies.

Dans les cas que j'ai observés et dans ceux dont j'ai lu les observations, la douleur reste ordinairement circonscrite dans l'hypogastre et le bassin ; cependant quelquefois elle se propage aux flancs et aux lombes, et même jusque dans les cuisses, ce que nous avons, du reste, également constaté dans la métrite simple.

La *pression* exercée sur l'hypogastre, ainsi que la percussion, exaspère considérablement cette douleur. Lorsque la maladie est dans toute son intensité, on peut à peine presser légèrement sans arracher des plaintes à la malade. Le *toucher vaginal* fait constater également une sensibilité exagérée du col de l'organe.

L'*augmentation de volume* de l'utérus est telle qu'une *palpation* légère fait facilement reconnaître le corps de cet organe, globuleux et s'élevant jusqu'à un, deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic et même quelquefois jusqu'à l'ombilic. La *tumeur* qui en résulte est ordinairement très arrondie, sans inégalité ferme et résistante. Par la *percussion* légèrement exercée autour d'elle, on trace ses limites en constatant les points où finit le son intestinal et où commence le *son mat* qu'elle produit. Ce moyen d'exploration démontre en même temps que les fosses iliaques sont sonores, ce qui sert à établir que la tumeur appartient réellement à l'utérus tuméfié. Je n'ai pas besoin de dire que cet examen doit être fait avec beaucoup de ménagement : l'extrême sensibilité de l'hypogastre l'exige.

L'introduction du doigt dans le vagin fait reconnaître l'*augmentation de volume du col*, qui est quelquefois telle, qu'on a de la peine à faire passer le doigt entre cette portion de l'organe et la paroi vaginale qui l'entoure.

M. Willemin a noté, comme un des symptômes locaux les plus importants, *le ralentissement du retrait de l'utérus avec induration partielle des parois de cet organe.*

On a dit que la métrite a pour résultat, d'une part de *supprimer la sécrétion du lait*, et de l'autre d'*arrêter le cours des lochies*. Le fait est loin d'être constant, du moins à toutes les époques de la maladie. Dans les cas que j'ai observés, j'ai vu la sécrétion du lait continuer, quoique moins abondante ; et quant aux lochies, je me suis assuré que souvent on se laissait tromper par les réponses des femmes. Alors même qu'elles me disaient que leurs lochies étaient supprimées, j'ai vu leur linge portant de larges taches qu'on ne pouvait attribuer qu'à cet écoulement. Ce n'est pas à dire pour cela que l'observation générale soit fausse : je veux seulement constater qu'on a exagéré la valeur de ces symptômes. Toujours est-il que si, à une époque rapprochée du début de la maladie, on voit les sécrétions se supprimer plus ou moins notablement, il est ordinaire de voir se reproduire les lochies lorsque les symptômes commencent à s'amender ; il en est de même de la sécrétion laiteuse, lorsque les femmes veulent allaiter.

Des *symptômes généraux*, ordinairement intenses, accompagnent les symptômes locaux qui viennent d'être indiqués. La *chaleur de la peau* s'élève notablement, et l'on observe une moiteur considérable, quelquefois des *sueurs* assez abondantes. Le *pouls* est large, plein, résistant et fréquent. Dans les cas que j'ai observés, il s'est élevé à cent dix, cent vingt et cent trente pulsations au plus fort de la maladie. Les malades perdent complétement l'*appétit ;* la *soif* est ordinairement assez vive. La *langue* est blanche, souvent humide, parfois pâteuse. Les symptômes

fébriles augmentent la nuit, et l'on observe assez souvent de l'agitation et un peu d'insomnie.

Telle est la métrite puerpérale à son état de simplicité ; s'il s'y joint une inflammation du péritoine voisin, des annexes de l'utérus, ou du tissu cellulaire des fosses iliaques, de nouveaux symptômes dus à ces complications viennent rendre l'état plus grave. Mais il serait inutile de les indiquer ; elles seront étudiées dans les articles consacrés à l'histoire de ces maladies, et ne présentent pas de caractères particuliers dans les cas dont nous parlons.

Gangrène. Je n'ai pas mentionné les suppurations plus ou moins étendues de la matrice, la *gangrène superficielle ou profonde de cet organe*, en un mot ces altérations qui font, comme je l'ai dit plus haut, partie de la fièvre puerpérale. Cependant on conçoit très bien que, dans le cas dont il est ici question, l'inflammation puisse être assez intense pour donner lieu à ces suppurations ou à cette gangrène ; mais ces cas sont au moins extrêmement rares. Lorsqu'ils se présentent à l'observation, on reconnaît l'existence des lésions excessivement graves dont il s'agit, aux *frissons irréguliers* qui se produisent, à l'*abattement des forces*, à l'expression d'*anxiété de la face*, à la *décomposition des traits*, aux *sueurs froides*, au *ballonnement du ventre*, au *dévoiement*, et en même temps à l'exaspération du mouvement fébrile, à la *petitesse extrême du pouls* coïncidant avec une *augmentation notable de sa fréquence*. La *gangrène* présente, en outre, comme caractère particulier, l'aspect très sanieux des lochies, et l'odeur *suî generis* qu'elles exhalent. La mort survient presque toujours dans les cas de ce genre, qui méritent de nouveau d'être étudiés, afin de s'assurer qu'ils consistent uniquement dans la phlegmasie de l'utérus et qu'ils ne doivent pas être rattachés à la *fièvre puerpérale*, dont je présenterai plus tard la description.

Il n'est pas rare de voir un *abcès de la fosse iliaque* se produire dans le cours de la métrite puerpérale. M. Willemin en a cité des exemples, et il n'est pas de médecin qui s'occupe des affections puerpérales qui n'en ait vu de semblables. Il y a alors une complication importante.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est continue. J'ai indiqué les exaspérations de la douleur qui ont lieu par moments ; mais ces espèces de coliques utérines ne changent rien à cette marche. Dans quelques cas, on a vu des exacerbations plus marquées qu'on pouvait rapporter à des imprudences (fatigues, écarts de régime) de la part des malades ; mais, le plus souvent, lorsque ces exacerbations se montrent d'une manière très tranchée, c'est qu'il survient une complication qui consiste ordinairement dans la suppuration d'une des annexes de l'utérus. Les exacerbations ne doivent donc pas être regardées comme appartenant à la métrite elle-même.

La *durée* de la métrite puerpérale simple est peu considérable dans la très grande majorité des cas ; dans tous ceux que j'ai observés, les symptômes ont commencé à s'amender au bout de quatre ou cinq jours ; et l'amélioration a marché ensuite avec la plus grande rapidité. Lorsque l'affection est de longue durée, c'est presque toujours parce qu'il est survenu une complication, ou que les malades ont commis les imprudences déjà signalées.

C'est surtout quand il s'agit de la *terminaison* de la maladie qu'il faut avoir égard

à la distinction établie. Autant, en effet, la métrite liée à la fièvre puerpérale est grave et fréquemment mortelle, autant celle dont nous nous occupons ici se termine facilement par la guérison. M. Rayer (1) a vu l'utérus rester volumineux pendant un ou deux mois, chez les femmes atteintes de métrite. Les cas de ce genre sont rares; ils indiquent que la *métrite est devenue chronique*, ce que l'on reconnaît d'ailleurs à l'existence d'autres symptômes d'inflammation. Dès que ces symptômes se sont dissipés, l'utérus rentre rapidement dans la cavité du bassin, ce qui commence à avoir lieu, dans la très grande majorité de ces cas, immédiatement après la cessation ou la diminution des symptômes aigus.

Il n'est pas impossible néanmoins que la maladie se termine par la mort; mais alors on trouve presque toujours, à l'autopsie, des complications graves (abcès, péritonite) qui viennent rendre compte de cette terminaison funeste.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques, propres à la métrite dont nous nous occupons, consistent dans une augmentation de volume ordinairement très considérable de l'utérus; dans la rougeur, la friabilité, la mollesse parfois extrême de son tissu. Quelquefois, en le pressant entre les doigts, on le réduit à une consistance pulpeuse. Il n'est pas rare, néanmoins, de trouver le tissu pâle et conservant une assez grande cohésion; mais il faut, dans ces cas, prendre garde de confondre la métrite avec la fièvre puerpérale, dont la distinction est si importante.

On a trouvé dans l'intérieur de la matrice des fragments de placenta décomposés, des caillots plus ou moins organisés. Quant aux foyers purulents, à la gangrène de la surface interne de l'utérus, aux gangrènes partielles de ses parois, nous avons vu plus haut que presque toujours elles se montrent dans des cas de fièvre puerpérale; nous y reviendrons plus tard.

Ainsi, plus nous avançons, plus nous voyons que la métrite puerpérale, celle qui mérite réellement ce nom, ne diffère de la métrite simple que par la violence de ses symptômes et la profondeur ainsi que la plus grande étendue de ses lésions.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de cette affection ne présente jamais de difficulté sérieuse; c'est pourquoi je n'insisterai pas longuement sur ce point.

On ne saurait confondre avec aucune autre maladie une métrite survenant quelques jours après l'accouchement, commençant par des douleurs fixes dans l'hypogastre, s'accompagnant promptement d'un gonflement de l'utérus qui est très facilement apprécié par la palpation, à l'aide de laquelle on constate en même temps une vive sensibilité à la pression. La tumeur, formée par la *vessie distendue*, ressemble à celle que produit le gonflement inflammatoire de l'utérus, mais elle est moins dure, moins douloureuse, et le cathétérisme, s'il en était besoin, lèverait bientôt tous les doutes. Ce n'est donc pas là une difficulté.

Lorsque la maladie survient presque immédiatement après l'accouchement, ce qu'on observe quelquefois, et surtout lorsque le mouvement fébrile précède les symptômes locaux ou se montre avec quelque intensité dès leur début, on peut craindre l'invasion d'une *fièvre puerpérale*; mais la marche de la maladie, et sa

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, mai 1846.

circonscription évidente au bout de peu de temps dans la matrice, viennent promptement fixer le diagnostic. Je le répète, il est inutile d'insister sur ce point.

§ VI. — Traitement.

Dans l'immense majorité des cas, le traitement doit être des plus simples. J'ai vu constamment cette métrite céder en cinq, six ou huit jours au *traitement antiphlogistique* et à l'emploi de l'*opium* à dose modérée.

On pratique une ou plusieurs *saignées générales*, en ayant égard à la force des malades et aussi aux pertes de sang qu'elles ont pu déjà éprouver, car cette métrite peut se développer chez des femmes déjà rendues presque exsangues par des hémorrhagies durant l'accouchement. Puis on applique quinze, vingt ou vingt-cinq *sangsues* à plusieurs reprises, s'il est nécessaire. Le point sur lequel se fait ordinairement cette application est l'hypogastre. Un fait qui mérite d'être rappelé, c'est que parfois, après que les symptômes graves se sont dissipés, il reste encore un gonflement douloureux de l'utérus qui peut persister pendant plusieurs jours. Dans deux cas, j'ai vu, après deux ou trois jours d'attente, pendant lesquels l'amélioration de l'état local semblait s'être arrêtée, une dernière application de sangsues faire disparaître la douleur du jour au lendemain, et dès ce moment l'utérus rentrer rapidement dans le bassin. Les *ventouses* scarifiées pourraient remplacer les sangsues; mais lorsque le mal est à son summum, leur application est quelquefois tellement douloureuse, qu'elle ne peut pas être supportée.

Cinq ou *six* centigrammes d'*opium* chaque jour suffisent pour procurer aux malades des nuits plus calmes et pour apaiser les douleurs. Les *vésicatoires volants morphinés* sont d'une grande utilité. On peut encore prescrire des *lavements laudanisés* à une faible température, et quelques médecins proposent d'employer des *suppositoires opiacés;* mais rien ne prouve que cette manière d'administrer l'opium ait aucun avantage sur les autres.

Entretenir la liberté du ventre par des *laxatifs;* appliquer des *cataplasmes émollients* ou des fomentations émollientes sur l'abdomen; prescrire un repos absolu, commander une *diète* sévère les premiers jours, et n'accorder ensuite les aliments légers qu'avec prudence, tels sont les moyens qui viennent compléter ce traitement qui, comme je le disais plus haut, est des plus simples.

Dans les cas où l'inflammation est plus profonde, où l'on a à redouter la suppuration de l'utérus ou de ses annexes et la gangrène superficielle ou profonde de l'organe, on doit insister fortement sur les mêmes moyens. Mais nous avons vu combien ces cas sont rares. Lorsque les abcès se sont formés, on a recours à un traitement qui sera exposé à l'occasion des *phlegmons du bassin et de la fosse iliaque* (1); et dans les cas où l'on a affaire à une gangrène, on emploie les *antiseptiques*, qui bien souvent sont sans effet.

J'ai dit que dans quelques cas, malgré les moyens mis en usage, il reste un certain degré d'inflammation qui prend la forme chronique. On a alors recours aux *mercuriaux*, à l'*iode* et aux autres agents thérapeutiques indiqués à l'article *Métrite chronique* (2). Je n'y reviens pas ici, parce qu'ils n'offrent, dans leur application, rien de particulier à la maladie qui nous occupe.

(1) Voy. plus loin un article consacré à ces abcès.
(2) Voy. p. 124 et suiv.

ARTICLE VIII.

GRANULATIONS, ÉROSIONS, ULCÉRATIONS SIMPLES DE L'UTÉRUS. ULCÈRES SYPHILITIQUES.

Je réunis sous ce titre des lésions qui présentent assurément des différences dont il faut tenir compte, mais qui ont aussi d'assez nombreux points de contact. Ces lésions ont été désignées sous les noms de *métrite granuleuse* et de *métrite ulcéreuse*, et ont été rangées parmi les métrites chroniques ; mais elles occupent une si petite étendue d'une seule partie de l'organe, que ce nom de métrite ne paraît pas devoir leur être conservé, quoique néanmoins on ne puisse douter qu'elles ne présentent un certain caractère inflammatoire incontestable.

Il n'y a pas longtemps que ces affections sont connues d'une manière un peu satisfaisante. Avant que l'usage du spéculum se fût répandu, on ne pouvait qu'en soupçonner l'existence, et dans les premières années de l'emploi de ce traitement, on se forma sur elles des opinions très diverses, parce que l'étude n'en était pas assez avancée. Aujourd'hui les innombrables faits qui ont passé sous les yeux des médecins ont fourni matière à une histoire assez exacte de ces maladies ; et cependant, il faut le dire, il reste encore beaucoup à faire, parce que ces faits ont été étudiés d'une manière trop générale et trop vague pour conduire à des résultats aussi précis qu'on peut le désirer.

Dans ces derniers temps, quelques travaux importants, parmi lesquels je citerai ceux de M. Gosselin (1) et de M. Timbart (2), sont venus en partie combler cette lacune.

1° GRANULATIONS UTÉRINES.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

« Nous désignons sous ce mot, dit M. Chomel (3), une affection assez commune du col de l'utérus, caractérisée anatomiquement par la présence d'une surface rouge et grenue qui commence à l'orifice utérin et s'étend de proche en proche sur une étendue plus ou moins considérable du museau de tanche, et ayant pour principaux symptômes un écoulement glaireux plus ou moins abondant et un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre. » Cette dernière partie de la définition de M. Chomel ne peut être admise, parce qu'elle ne s'applique pas à tous les cas. On trouve, en effet, tous les jours des malades qui ont, avec des granulations utérines, un écoulement utérin muco-purulent, et d'autres qui n'éprouvent aucune pesanteur dans le bassin. J'ajoute qu'un examen plus attentif a démontré que *les granulations pénètrent* à une hauteur variable dans *la cavité du col même.* Cette remarque est importante pour le traitement. Aujourd'hui personne ne nie plus que ce ne soit là un véritable état pathologique, et personne ne confond ces granulations avec de véritables ulcérations. Tout porte, au contraire, à regarder cette lésion comme identique aux granulations inflammatoires dont nous avons signalé l'existence dans le vagin (4), aux petites saillies que présente l'estomac dans la gastrite chronique, et qui lui

(1) *Arch. gén. de méd.*, juin 1843.

(2) *Des érosions et des granul. du col de l'utérus ; de leur valeur nosologique ;* Thèse, Paris, juillet 1849.

(3) *Dict. de méd.*, t. XXX, p. 253.

(4) Voy. article *Vaginite granuleuse*

donnent l'*aspect mamelonné*, aux granulations du pharynx dans certains cas d'inflammation chronique de cette partie. Cet *état granulé*, en un mot, que je pourrais suivre dans d'autres muqueuses, et qui dans chacune d'elles est identique au fond, quoique les modifications de structure entraînent quelques modifications dans les apparences de la lésion, cet état granulé est un indice de l'inflammation des muqueuses, et ne saurait être considéré, dans le siége dont il s'agit ici, comme une affection *suî generis*. Seulement, sa grande fréquence sur le col de l'utérus, les symptômes auxquels il donne lieu, les soins particuliers qu'ils réclament, lui donnent un intérêt pratique incontestable, et exigent que nous en parlions avec quelques détails.

Cette maladie a encore reçu les noms de *métrite granuleuse* ou *granulée*, d'*ulcération granulée* et de *métrite mamelonnée*. Sa *fréquence* est très grande, et tous les jours, à mesure que l'emploi du spéculum devient plus répandu, on constate l'existence d'un plus grand nombre de cas.

§ II. — Causes.

Tous les auteurs s'accordent à dire que l'étiologie des granulations utérines est des plus obscures. Est-ce parce que la recherche des causes présente des difficultés insurmontables, ou parce qu'elle n'a pas été faite convenablement ? Cette dernière supposition me paraît se rapprocher le plus de la vérité, car nous ne possédons pas d'observations complètes de cette maladie, et tout le monde sait combien, dès qu'on a constaté l'état matériel de l'organe, on glisse rapidement, dans le plus grand nombre des cas, sur l'interrogatoire qui seul pourrait faire connaître la cause de l'affection.

Ce que nous savons de plus positif, c'est que les granulations utérines se montrent presque exclusivement chez les *femmes qui ont eu des enfants* ou qui sont affectées d'une *blennorrhagie aiguë ou chronique*. Les médecins qui s'occupent des maladies vénériennes savent combien il est fréquent de rencontrer des granulations utérines chez des femmes qui se présentent pour une vaginite, alors même qu'elles n'ont jamais eu d'enfants; et, d'un autre côté, nous avons vu une forme de la vaginite chronique (1) donner lieu, par continuité de tissu, à de véritables granulations utérines. Ces considérations prouveraient, s'il en était besoin, que la maladie est de nature inflammatoire, et les faits que je viens d'indiquer démontrent qu'on aurait tort de croire, avec quelques auteurs, que les femmes qui ont eu des enfants sont seules sujettes à la maladie qui nous occupe. Tout récemment d'ailleurs, M. le docteur Bennet (2) a démontré dans son important travail sur l'inflammation de l'utérus, que l'inflammation simple, les érosions, les granulations peuvent se rencontrer même *chez les vierges*, et par là s'expliquent ces leucorrhées interminables dont on ne pouvait pas se rendre compte.

On a dit que le *passage continuel de mucosités* plus ou moins altérées, leur séjour dans la partie supérieure du vagin, la malpropreté, peuvent produire les granulations utérines; mais : 1° dans beaucoup de cas, il ne sort de l'orifice du col qu'une matière albumineuse évidemment non irritante; 2° tout porte à croire que lorsqu'il y a un écoulement muco-purulent, c'est par la surface granulée elle-même

(1) Voy. *Vaginite granuleuse*.

(2) *Traité pratique de l'inflammation de l'utérus, de son col et de ses annexes*, traduit par le docteur Aran; Paris, 1850.

qu'il est produit ; et 3° on voit beaucoup de femmes qui, avec une leucorrhée abondante et qui irrite les parties génitales externes, ne présentent pas de granulations du col de l'utérus.

Il suit de là que s'il est vrai, comme le pensent quelques médecins, et comme l'a principalement avancé M. Timbart (1), que, dans certaines circonstances, le catarrhe utérin aigu ou chronique est la cause de ces granulations, on ne saurait en faire une règle générale.

Nous trouvons ensuite l'indication de ces causes que nous avons vues mentionnées dans toutes les maladies de l'utérus : excès de coït, masturbation, injections irritantes, fatigues, etc. Mais à quoi servirait de les énumérer plus longuement, lorsque tout le monde convient que leur existence n'est pas mise hors de doute par l'observation ? Il en est même, comme les excès de coït et la masturbation, qui n'ont évidemment pas l'action qu'on leur attribue, ce que savent très bien les médecins préposés à la visite des filles publiques.

§ III. — Symptômes.

Il faut dire d'abord que le *début* de cette affection est tout à fait insensible ; c'est au point que lorsque la plupart des malades commencent à se plaindre, on découvre, par l'examen direct, des granulations occupant déjà une grande étendue et évidemment fort anciennes.

Lorsque la maladie est confirmée, les symptômes peuvent être encore très légers, C'est ainsi qu'un assez bon nombre de malades n'éprouvent aucune douleur, aucune pesanteur vers le bassin, et si ce n'était un certain degré de *leucorrhée* qui détermine un état général de langueur et des troubles digestifs plus ou moins marqués, elles ne se croiraient nullement malades.

La *douleur* n'est donc pas un caractère essentiel des granulations utérines. Il y a plus, c'est que lorsqu'elle existe à un certain degré, on peut assez fréquemment constater qu'elle ne dépend des granulations que d'une manière indirecte. Je m'explique : les douleurs qu'on observe, dans les cas dont il s'agit, se font sentir vers les aines, vers les lombes, elles s'irradient plus ou moins loin, et si l'on suit leur trajet, on voit qu'elles ne sont autre chose que ces douleurs nerveuses que j'ai signalées dans la leucorrhée simple, sans granulations du col. Quelquefois, il vrai, en portant le doigt sur le col de l'utérus, on détermine de la douleur, mais il faut encore prendre garde de se laisser tromper par les apparences. Cette douleur est souvent très limitée, elle ne correspond pas aux granulations, et si l'on examine le trajet des nerfs lombaires, on trouve des points douloureux qui font connaître l'existence d'une névralgie à laquelle participe l'utérus. Je reviendrai sur ces faits quand il sera question de la *névralgie utérine*. Il est d'autres cas où la douleur occupe tout le col ; mais ce sont des cas où il existe une inflammation du parenchyme utérin ; en sorte que, sans nier absolument qu'un certain degré de douleur puisse dépendre des granulations elles-mêmes, je dois dire qu'il n'existe pas de faits qui le prouvent, et qu'il en est, au contraire, un grand nombre dans lesquels on voit manquer ce symptôme.

Il y a un *écoulement* constant ; mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, la matière de cet écoulement n'est pas toujours la même. Souvent on voit s'échapper du col

(1) *Loc. cit.*

de l'utérus comme un ruban de matière transparente, visqueuse, semblable à du blanc d'œuf cru, qu'on a plus ou moins de peine à détacher. Dans d'autres circonstances, cette matière présente un aspect louche, sans perdre sa viscosité et sa ténacité, et dans d'autres, enfin, elle est blanche, plus fluide, et s'écoule dans le vagin dans lequel elle s'étale sans former cette masse que je viens d'indiquer. L'abondance de cette matière est du reste très variable; elle est telle chez certaines femmes, même alors qu'il ne s'écoule qu'un liquide albumineux, que les parties génitales externes, et même les cuisses, peuvent en être baignées.

Doit-on regarder la matière albumineuse qui s'écoule ainsi comme une sécrétion morbide de la surface granulée? C'est ce que n'hésite pas à dire M. Chomel. Mais quand on examine attentivement les faits on n'ose pas se prononcer aussi affirmativement. A qui n'est-il pas arrivé de voir s'échapper de l'utérus cette matière albumineuse en assez grande abondance, alors même qu'il n'existe pas de granulation du col de la matrice? C'est un fait que nous avons constaté en exposant l'histoire de la *leucorrhée* (1). Cette sécrétion n'appartient donc pas en propre aux granulations. Tout ce que l'on pourrait dire, c'est que la présence des granulations à l'orifice du col détermine une excitation dans les parties environnantes, d'où résulte cette sécrétion de matière albumineuse, qu'on doit, dans l'état actuel de la science, regarder comme une exagération de la sécrétion normale. L'écoulement muco-purulent paraît plutôt pouvoir être rapporté aux surfaces granulées, et l'on peut concevoir que le flux albumineux venant du col de l'utérus masque seulement, dans un grand nombre de cas, cette sécrétion muco-purulente. Du reste, il faut reconnaître que ce point demande d'autres recherches.

Le *toucher* n'apprend rien de bien positif sur l'état du col de l'utérus. Lorsque les granulations sont très saillantes, on peut, il est vrai, sentir les petites inégalités qu'elles produisent sur la surface du col utérin, et pour que cette sensation soit bien nette, on doit promener son doigt sur toute l'étendue de cette partie de l'organe, de manière à juger par comparaison entre la partie lisse et la partie légèrement rugueuse; mais cette exploration ne suffit pas, il faut avoir recours au spéculum. Le toucher peut en outre servir à constater s'il existe ou non une complication consistant en un engorgement de l'utérus, et pour cela il faut le pratiquer comme je l'ai indiqué à l'article *métrite chronique*.

L'*examen à l'aide du spéculum* est indispensable; il fait seul parfaitement reconnaître la nature du mal et son étendue. Après avoir introduit cet instrument, on voit à l'orifice utérin, et dans une étendue variable d'une des lèvres du col ou des deux à la fois, une plaque granulée qui présente l'aspect suivant.

La *forme* de la plaque est plus ou moins parfaitement arrondie. En écartant les lèvres du col avec les valves du spéculum, on peut s'assurer qu'elle a son origine dans les bords mêmes de l'orifice et qu'elle pénètre plus ou moins profondément dans la cavité. Parfois elle entoure l'orifice comme un anneau plus ou moins large; quelquefois elle est beaucoup plus étendue sur une lèvre ou sur un des côtés que dans les autres points; parfois aussi, mais plus rarement, elle n'occupe qu'une seule lèvre. Il est rare que les granulations forment plusieurs plaques séparées; cependant il y a des variétés très nombreuses, et je ne peux décrire ici que ce

(1) Voy. art. *Leucorrhée*.

qui se présente le plus ordinairement. On voit, dans certains cas, une très grande étendue du col envahie par ces granulations agglomérées.

La *couleur* de ces plaques granulées est variable ; toutefois il est ordinaire de les trouver d'un rouge obscur très prononcé. Dans certains cas, elles sont rosées, rouge pâle, et dans d'autres bleuâtres ou violacées. On n'a pas fait de recherches convenables pour savoir si ces diverses colorations correspondent à la plus ou moins grande ancienneté de la maladie. « La coloration, dit M. Chomel, varie peu dans les examens successifs chez les mêmes femmes; quelquefois cependant elle diminue ou augmente d'intensité. »

Les limites de la plaque granuleuse sont très tranchées ordinairement ; c'est-à-dire que la transition de la couleur rouge et de l'aspect un peu rugueux qu'elles présentent, à la pâleur et à l'aspect lisse du reste de la muqueuse du col utérin, se fait très brusquement sans rougeur intermédiaire.

Les *granulations* qui composent ces plaques sont ordinairement très petites et très rapprochées les unes des autres. Elles dépassent rarement le volume d'un grain de millet ou de la tête d'une très petite épingle. Dans certains cas, elles sont plus volumineuses et plus écartées ; on les voit parfois égaler le volume d'un grain de chènevis, et l'on en a même observé qui étaient grosses comme une petite lentille (Chomel) ; mais les cas de ce genre sont très rares. Je n'ai jamais vu de granulations aussi grosses.

La surface granulée saigne ordinairement avec assez de facilité ; on a fréquemment l'occasion de s'en assurer, l'extrémité du spéculum venant les toucher au moment de l'introduction.

On doit profiter de cet examen par le spéculum pour s'assurer en même temps si le reste du col de l'utérus est à l'état normal, s'il n'est pas tuméfié, etc.

Nous avons vu que le symptôme qui attire le premier l'attention dans la maladie qui nous occupe, est l'*écoulement*, la perte blanche. C'est celui qui engage le plus les femmes à consulter le médecin. On ne doit donc pas être étonné de voir que tous les symptômes qui accompagnent les *flueurs blanches* se montrent chez les malades affectées de granulations utérines. Ce serait tomber dans des redites inutiles que de les exposer de nouveau ici; je me contenterai donc de rappeler que ce sont des troubles digestifs plus ou moins grands (dégoût des aliments, inappétence, digestions laborieuses, gastralgie, entéralgie) ; un état de langueur marqué; parfois de l'amaigrissement; des douleurs nerveuses. Quelquefois ces symptômes sont portés au plus haut degré, et l'on peut s'assurer qu'ils sont presque toujours en rapport avec l'abondance de l'écoulement. J'ai dernièrement observé, chez une femme affectée de cette maladie, un phénomène qui n'est pas fréquent : ce sont de *petits frissonnements* presque continuels et fatigants, se faisant sentir dans toutes les parties du corps sans exception.

Il n'est pas rare de voir les femmes qui présentent les granulations utérines être affectées de *dysménorrhée ;* l'*aménorrhée* se montre bien plus rarement, et, lorsqu'elle existe, il est loin d'être certain qu'elle a pour cause ces granulations.

Il est un point sur lequel M. Chomel a insisté et qui a une importance réelle : c'est l'obstacle que ces granulations apportent à la fécondation. Je ne saurais mieux faire que de rapporter le passage où se trouvent consignées les remarques de cet auteur à ce sujet.

« Un autre phénomène, dit-il (1), qui coïncide chez quelques femmes avec l'état granulé du col, c'est l'*absence de conception*. Cette stérilité est facile à concevoir quand on réfléchit que la tuméfaction de la membrane muqueuse qui tapisse la surface interne de l'orifice du museau de tanche, et la présence, dans cet orifice, d'une certaine quantité de mucus visqueux et adhérent, sont de nature à mettre obstacle à la fécondation, en empêchant la pénétration du sperme dans la cavité utérine. Quelquefois, au contraire (ainsi que l'a constaté M. Bennet), *le col est dilaté*. Dans un certain nombre de cas, du moins, l'examen le plus attentif ne fait constater aucune autre lésion organique, aucun changement de position de la matrice qui puisse rendre compte de l'absence de conception; et ce qui tend à prouver encore mieux l'influence des granulations du col, c'est que l'on voit des femmes atteintes de cette affection, et qui sont restées stériles durant plusieurs années de mariage, devenir enceintes après la guérison. » J'insiste sur ce fait, parce qu'il prouve combien il est important de traiter ces granulations utérines. J'en ai observé moi-même un exemple très frappant, en ce que la conception a eu lieu très peu de temps après la guérison. Cependant il est vrai de dire que, chez un bon nombre de femmes, l'obstacle ne paraît nullement insurmontable. Des recherches plus précises seraient utiles sur ce point.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* des granulations utérines est essentiellement chronique. Cette lésion, comme nous l'avons vu plus haut, passerait longtemps inaperçue et ferait des progrès sourds ou resterait stationnaire, si les pertes blanches et les symptômes qui en résultent n'engageaient les femmes à se faire examiner, et, par suite, à se soumettre au traitement approprié. Il arrive même souvent que les choses se passent ainsi pendant un temps fort long, l'écoulement blanc étant pris pour une *leucorrhée* simple, et le médecin négligeant l'examen direct.

La *durée* de la maladie est extrêmement longue lorsque le traitement ne vient pas l'abréger. Elle peut persister pendant un grand nombre d'années. On peut dire que cette affection n'a pas de tendance à se *terminer* par la guérison, du moins pendant le temps où les femmes sont encore réglées. Après l'âge critique, tout porte à croire que, dans la très grande majorité des cas, les granulations disparaissent, car on trouve alors très peu d'exemples de cette affection. Du reste, on ne doit pas redouter une terminaison funeste; il n'est pas un seul exemple authentique de dégénération de cette lésion en maladie organique profonde.

§ V. — Lésions anatomiques.

Ce que j'ai dit en exposant l'examen à l'aide du spéculum me dispense de parler des *lésions anatomiques*, sur lesquelles l'inspection cadavérique ne nous a, d'ailleurs, rien appris de nouveau, si ce n'est le degré de pénétration des granulations dans le col, que je n'ai, pour mon compte, jamais vu dépasser un centimètre et demi.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Si l'on voulait porter le diagnostic sans recourir à l'inspection à l'aide du spéculum, on éprouverait de grandes difficultés. La leucorrhée, la dysménorrhée, les

(1) *Loc. cit.*, p. 257.

troubles de la digestion, l'irritation nerveuse, pourraient faire soupçonner l'existence de cette affection, mais non en donner la certitude. Nous avons vu également que le toucher ne donnait une sensation particulière que dans certains cas. Mais, en examinant les malades avec le spéculum, on arrive bientôt à un diagnostic positif. Les seules lésions, en effet, avec lesquelles on pourrait confondre les granulations sont de simples rougeurs du col, des érosions, ou des ulcérations simples superficielles.

Les *rougeurs du col* se montrent ordinairement à l'époque des règles et quelquefois après des excès de coït ; elles ne sont autre chose, en ce cas, que de simples ecchymoses ; elles ont un aspect violacé ; la muqueuse est lisse à leur surface, et elles ne tardent pas à disparaître. Les *érosions* aussi bien que les rougeurs ont leur siége indifféremment sur les diverses parties du museau de tanche ; elles sont généralement d'un rouge plus vif, n'offrent pas l'aspect uniformément granulé et ne font pas de relief. Ordinairement même elles sont déprimées, ce que l'on peut constater facilement en examinant leurs bords. Les *ulcérations simples*, qui sont rares et qui ne sont que l'exagération des érosions, offrent les mêmes caractères distinctifs à un plus haut degré. Toutes ces lésions sont liées dans certains cas à une inflammation du col de l'utérus parfaitement décrite dans ces derniers temps par M. le docteur Bennet (1), qui a signalé un symptôme dont on n'avait pas jusqu'à présent tenu un compte suffisant : la *dilatation de l'orifice et de la cavité du col.*

Pronostic. On ne peut pas dire que le pronostic soit grave. Il ne faut pas oublier néanmoins ce que nous avons dit sur la tendance de la maladie à se perpétuer, sur les incommodités très grandes qu'elle occasionne, et sur l'obstacle qu'elle apporte à la conception.

§ VII. — Traitement.

On a beaucoup multiplié les moyens de traitement contre les granulations utérines ; mais si l'on examine attentivement les faits, on voit qu'un très petit nombre de ces moyens sont réellement nécessaires. Il serait par conséquent tout à fait inutile d'insister sur beaucoup d'agents thérapeutiques qui pourraient fait perdre de vue ceux qui sont réellement avantageux, et nuire plutôt que d'être utiles à la pratique.

Le *traitement antiphlogistique* n'a aucun avantage contre les granulations, à moins qu'il n'existe quelque complication. La médication qui convient réellement à cette maladie, et qui, lorsqu'elle est bien dirigée, procure toujours la guérison, est la *cautérisation*, à laquelle on joint quelques moyens adjuvants.

Cautérisation. On a proposé de pratiquer la cautérisation avec diverses substances, et d'abord avec les *caustiques liquides*, tels que le *nitrate acide de mercure*, l'acide *nitrique*, l'acide *sulfurique*, etc. A l'aide de ces caustiques on a obtenu des guérisons incontestables, et l'on ne peut pas dire qu'il faille les proscrire. Mais il faudrait établir, par l'observation et non par des raisonnements, qu'ils ont plus d'avantages, qu'ils guérissent plus promptement et plus sûrement que les caustiques solides, avant de les recommander exclusivement, comme l'ont fait quelques auteurs. Il le faudrait, parce que les caustiques liquides peuvent se répandre sur le vagin et occasionner de vives douleurs, et parce que, en les employant, on ne

(1) *Loc. cit.*, c. v.

peut pas mesurer aussi bien qu'avec les autres la profondeur de la cautérisation : que le pinceau soit un peu plus ou un peu moins humecté, et la cautérisation est plus ou moins active.

Quoi qu'il en soit, c'est le *nitrate acide de mercure* qu'on emploie le plus fréquemment à cet effet. Pour pratiquer la cautérisation avec ce liquide, on se sert du spéculum plein, avec lequel on embrasse bien le museau de tanche ; on débarrasse le col de ses mucosités, soit avec un bourdonnet de coton porté sur un manche, soit par une petite injection ; puis à l'aide d'un pinceau de charpie dont les brins sont coupés courts, dont le manche est long, et qu'on égoutte après l'avoir trempé dans l'acide, on touche le point malade, en appuyant légèrement pendant un temps très court. Cela fait, sans retirer le spéculum, on fait une injection sur le col pour entraîner les parties du liquide qui n'auraient pas encore agi. Après cette cautérisation, la plupart des médecins prescrivent un bain et le repos presque absolu pendant tout le reste de la journée. J'ai vu, à l'hôpital de Lourcine, ces précautions négligées, sans qu'il soit arrivé aucun accident.

Parmi les *caustiques solides* qu'on a employés, je citerai la *potasse caustique*, la *pâte de Vienne*, le *même caustique solidifié* et le *nitrate d'argent*. La potasse caustique, la pâte de Vienne sont généralement abandonnées, parce qu'il n'est pas facile d'en limiter l'action. Le *caustique de Vienne solidifié*, que M. Filhos a obtenu par une préparation particulière, est bien plus facilement manié ; mais dans la maladie qui nous occupe on n'a nullement besoin d'un caustique aussi puissant, et le *nitrate d'argent*, lorsqu'il est employé convenablement et avec la persévérance nécessaire, remplit toutes les conditions désirables. C'est, d'après les faits que j'ai observés à Lourcine et dans plusieurs autres hôpitaux, le caustique qui mérite la préférence quand il s'agit de granulations utérines sans complication. C'est aussi celui que choisit M. Chomel, qui a vu et traité un très grand nombre de cas de ce genre.

La cautérisation par le nitrate d'argent ne présente aucune difficulté. On peut la pratiquer avec toute espèce de spéculum. On se sert du crayon de nitrate d'argent qu'on promène sur la plaque granuleuse. Il est bon de dépasser les limites de cette plaque, et il n'y a aucun inconvénient même à toucher toute la surface du col et la partie supérieure du vagin. Il faut surtout, et c'est un point sur lequel on n'avait pas assez insisté avant ces derniers temps, *cautériser les granulations dans l'intérieur même du col*, en enfonçant le crayon à 2 centimètres environ. Faute de cette précaution, on ne détruirait pas toute la maladie qui tendrait à se perpétuer.

La plupart des auteurs recommandent de prescrire le repos, dans la position horizontale, pendant quelques heures après la cautérisation, et de faire prendre un bain ensuite. Les faits les plus nombreux prouvent que ces précautions n'ont aucune utilité ; la cautérisation n'a aucune espèce d'inconvénient, et le traitement réussit aussi bien quand on les néglige complétement. Cette remarque n'est pas sans importance ; car souvent on a à traiter des femmes qui ne peuvent ni garder le repos, ni prendre le bain ensuite, et qui aiment mieux abandonner toute médication que de se soumettre à ces précautions.

La cautérisation par le nitrate d'argent doit être pratiquée d'abord deux fois par semaine, puis tous les huit jours jusqu'à la fin du traitement, qui dure ordinairement de six semaines à deux mois.

Pour venir en aide à ce traitement, on a recours à des *injections* détersives ou astringentes, avec l'*acétate de plomb*, l'*alun*, la décoction de *racine de ratanhia*, de *noix de galle*, de *feuilles de noyer*. Quelques médecins veulent même qu'on laisse dans le vagin un tampon de charpie, ou une petite éponge imbibée de ces liquides. M. Mêlier (1), qui a suivi ce conseil, a trouvé que le plus souvent ces corps étrangers devenaient gênants, occasionnaient de la douleur et irritaient le col de l'utérus et le vagin. Les mêmes réflexions s'appliquent aux *astringents réduits en poudre* et portés sur le col à l'aide d'un bourdonnet de charpie.

On a conseillé d'employer uniquement les astringents dans un but curatif, et, pour rendre leur effet plus grand, on a, le spéculum étant en place, lancé avec force les injections sur le col. Il n'existe pas de relevés de faits qui puissent nous faire connaître d'une manière précise la valeur de ce traitement, et par conséquent il suffit de le mentionner, surtout lorsque nous venons d'en exposer un autre dont l'efficacité est incontestable. Ayant, à l'hôpital de Lourcine, mis en usage, dans quelques cas, les injections d'eau de feuilles de noyer poussées avec force sur le col, j'ai vu parfois survenir une amélioration évidente, mais j'ai été toujours obligé de terminer le traitement par la cautérisation avec le nitrate d'argent.

Quelques médecins, supposant que les granulations du col sont, dans quelques cas, le résultat d'un vice dartreux, ont prescrit l'*eau sulfureuse* en *bains*, en *boisson*, en *injections;* d'autres ont recommandé les *bains alcalins;* mais tous ces moyens, utiles comme adjuvants, ne peuvent être regardés comme des moyens curatifs. En même temps qu'on emploie la cautérisation, on peut, si l'écoulement est abondant, placer sur le col un *tampon de charpie* sèche destiné à absorber l'humidité, et qu'on change fréquemment; mais, bien qu'on ait voulu en faire le moyen principal, on ne doit le regarder, avec les précédents, que comme un simple adjuvant.

Enfin, il faut calmer les douleurs nerveuses, donner des toniques, des ferrugineux, des opiacés pour les souffrances de l'estomac, mettre en œuvre les moyens utiles contre la dysménorrhée. Tous ces moyens, j'ai eu trop souvent l'occasion de les indiquer pour qu'il soit de la moindre utilité d'y revenir ici.

2° ÉROSIONS DU COL DE L'UTÉRUS.

Les érosions du col de l'utérus ont moins d'importance que les granulations. Nous n'en connaissons pas les *causes*. On a dit que ces lésions sont dues au passage continuel d'un mucus altéré; mais M. Duparcque n'a pas observé ce rapport de cause à effet, et il a vu la sécrétion morbide dépendre bien plutôt de ces érosions que les produire. Dans un cas cité par M. Magistel, elles étaient, selon toutes les apparences, occasionnées par la *présence d'un pessaire*. Ce point d'étiologie est encore un sujet de recherches à signaler aux observateurs.

Symptômes. La *douleur* est plus remarquable dans les érosions que dans les granulations. Elle se manifeste particulièrement dans le coït, et est rendue vive par le contact du doigt dans l'acte du toucher. Voici, au reste, comment M. Duparcque,

(1) *Considérations pratiques sur les maladies de la matrice* (*Mém. de l'Acad. royale de médecine*. Paris, 1833, t. II, p. 330).

qui s'est occupé plus particulièrement de ces lésions, s'exprime au sujet des symptômes :

« Les signes, dit-il (1), qui font soupçonner l'existence de ce genre d'affection sont un *sentiment de chaleur brûlante*, de *prurit incommode* dans le fond du vagin, des *douleurs vives* du col de l'utérus réveillées par le contact du doigt, et qui rendent surtout le coït pénible. Mais le principal et le plus marqué est fourni par l'*écoulement* plus ou moins abondant qui constitue la leucorrhée, et qui a longtemps attiré seul l'attention des praticiens : ce n'est que depuis qu'on a popularisé l'usage du spéculum, qu'on a vu que beaucoup de ces écoulements étaient dus à des affections ulcéreuses du vagin, et surtout de l'utérus. Dans ce cas, la matière ne provient pas seulement de la surface érodée ; l'irritation qui s'irradie au reste de l'utérus augmente sa sécrétion, et ce produit lui-même, par son contact avec le vagin, y excite et altère la sécrétion normale de ce conduit. Mais ce signe n'est pas constant, la suppuration peut être assez peu abondante pour que la matière, pour ainsi dire perdue dans le canal vaginal, ne vienne point se manifester au dehors. »

Comme on le voit par cette description, beaucoup de signes des érosions se rapprochent de ceux des granulations, que, du reste, M. Duparcque ne distingue pas d'une manière très rigoureuse. On les complète par le toucher et par l'examen à l'aide du spéculum.

Le *toucher*, outre la douleur qu'il produit, fait reconnaître l'existence d'une très légère perte de substance qui se fait sentir vers les bords de l'érosion. On sent, en passant de la surface saine à la surface malade, une petite arête qui indique le commencement de l'ulcération un peu déprimée.

A l'*aide du spéculum*, on voit une surface d'un rouge plus ou moins vif, siégeant tantôt sur une lèvre, tantôt sur l'autre, et quelquefois sur les deux. Elle est irrégulière, et l'on distingue facilement la saillie de ses bords qui sont entourés d'une auréole rouge plus ou moins large.

L'écoulement qui accompagne ces érosions étant ordinairement assez abondant, il en résulte assez fréquemment des symptômes semblables à ceux qui viennent d'être indiqués à propos des granulations, et que par conséquent je ne dois pas reproduire ici.

Traitement. Le traitement antiphlogistique est plus souvent applicable aux érosions qu'aux granulations du col de l'utérus. On y a recours lorsque, ainsi que le fait remarquer M. Duparcque, l'érosion est « d'un rouge vif, sensible, douloureuse, et repose sur un fond engorgé, congestionné, enflammé. Le sujet est-il jeune et fort, continue cet auteur, on débute par une *saignée*, on le soumet à un *régime rafraîchissant*, on pousse doucement et fréquemment des *injections* de *liquides mucilagineux* et *narcotiques* à température basse, comme d'une décoction de racine de *guimauve*, ou de *graine de lin* et de *tête de pavot*, ou on les remplace par des *cataplasmes* à demeure ; les *bains entiers* et les *bains de siége presque froids* conviennent également.

» On proscrit toute espèce de fatigue, on éloigne les causes qui ont déterminé ou qui entretiennent l'érosion, et l'on recommande principalement le *repos absolu*

(1) *Loc. cit.*, p. 374.

des organes ; on surveille les évacuations alvines, et l'on prescrit un *régime approprié.* »

Il y a bien loin, comme on le voit, de ces données vagues aux préceptes rigoureux qui résultent d'une bonne analyse des faits ; mais les recherches ont été faites trop négligemment pour qu'il soit possible d'indiquer quelque chose de plus précis.

Lorsque l'inflammation est peu vive, ou lorsque, à l'aide des moyens qui viennent d'être indiqués, on l'a notablement apaisée, on a recours au traitement que j'ai exposé en détail à propos des granulations, et auquel je renvoie le lecteur.

3° ULCÉRATIONS SIMPLES.

On désigne sous le nom d'ulcérations simples ou *d'ulcères bénins* du col de l'utérus, des pertes de substance plus profondes que les précédentes et qui ne sont pas dues au cancer utérin. Cette affection est rare. MM. Duparcque et Téallier n'en rapportent que quelques exemples. Il est vrai que le premier de ces deux auteurs décrit sous le nom d'*ulcère cancroïde* une affection dont la nature est mal définie, et qui, selon toutes les apparences, n'est qu'un de ces ulcères devenu plus profond, ayant son siége sur l'utérus chroniquement enflammé et induré, et ayant acquis par là un aspect particulier.

Nous ne sommes guère plus instruits sur les *causes* des ulcères que sur celles des érosions. On a attribué leur production aux *excès de coït* et à la présence *de corps* étrangers, mais le degré d'action de la première de ces causes n'est pas bien connu ; on a encore signalé les *vices dartreux, scrofuleux et scorbutique ;* mais je ne peux m'empêcher de dire encore ici que les faits sont bien insuffisants pour nous faire apprécier l'influence de ces causes. A peine les auteurs ont-ils cité une ou deux observations, et il est remarquable que l'action du *virus syphilitique* pourrait être invoquée bien plutôt que celle des dartres, du scorbut et des scrofules.

Symptômes. Les ulcères dont il s'agit sont *douloureux*, *saignants*, et donnent lieu à un *écoulement* souvent fort abondant.

Par le *toucher* on augmente la douleur, on provoque l'écoulement d'une certaine quantité de sang, et l'on sent une *déperdition de substance* souvent considérable, puisqu'on a vu une des lèvres du col en grande partie détruite. Il ne faut pas néanmoins s'en rapporter toujours à l'apparence, parce que l'ulcération existant souvent sur une partie tuméfiée, boursouflée, paraît plus profonde qu'elle ne l'est réellement. Sa surface est ordinairement molle au toucher et assez souvent inégale.

A l'*aide du spéculum*, on voit le col gonflé, d'un rouge obscur, et sur l'une ou l'autre des lèvres, un *ulcère* souvent irrégulier, à bords boursouflés, à surface d'un rouge brun, d'où s'échappe une petite quantité de sang aussitôt qu'on en touche la surface soit avec le spéculum, soit un peu fort avec le pinceau.

Les autres symptômes sont semblables à ceux des granulations et à ceux de la métrite chronique du col. Il est facile, par conséquent, de s'en représenter le tableau.

Traitement. Lorsque l'ulcère est très douloureux et enflammé, on met en usage

le traitement antiphlogistique recommandé pour les érosions qui se trouvent dans le même cas.

Si l'ulcère est peu douloureux, on met en œuvre les astringents, et surtout la *cautérisation*. Je n'ai pas indiqué, à propos des lésions précédentes, la *cautérisation avec le fer rouge* employée par quelques praticiens, et principalement par M. Jobert (de Lamballe), qui en a obtenu de véritables succès dans le traitement de diverses maladies de l'utérus. Les érosions et les granulations guérissent trop bien par les moyens que j'ai indiqués, pour qu'on ait recours à cette cautérisation effrayante pour beaucoup de malades. Mais quand il s'agit des ulcères profonds dont je viens d'exposer rapidement les caractères, on peut rencontrer des cas où ces moyens sont insuffisants, et alors le cautère actuel offre une précieuse ressource. C'est surtout lorsque l'ulcère a un aspect fongueux et saigne très facilement, que ce moyen est utile et procure en peu de temps (trois semaines ou un mois pendant lesquels on pratique deux, trois ou quatre cautérisations) une guérison complète. Cette cautérisation ne détermine pas plus de douleur que les autres, et, avec certaines précautions, elle n'offre aucun danger. Mais j'y reviendrai plus loin, et j'en parlerai avec plus de détails, car nous trouverons d'autres affections dans lesquelles M. Jobert la met en usage.

4° ULCÈRES SYPHILITIQUES.

Je ne dois pas m'étendre longuement sur les ulcères syphilitiques. Ceux que je dois mentionner ici sont les ulcères secondaires, car j'ai parlé des *chancres* ou *ulcères primitifs*, au commencement de ce volume.

Pour prouver qu'il ne convient pas d'entrer ici dans de grands détails sur ces lésions spécifiques, il me suffit de faire remarquer que les ulcères syphilitiques dont il s'agit n'ont, pas plus que ceux qu'on observe ailleurs, et notamment dans le pharynx, de caractères qui servent constamment à les faire distinguer. Dans tous les cas où l'on a pu les diagnostiquer, c'est en ayant recours aux renseignements fournis par les malades, en ayant égard au caractère rebelle de la lésion, en recherchant s'il n'existait pas, dans d'autres parties du corps, des traces de syphilis constitutionnelle, et enfin en s'éclairant des effets du traitement. Or il suffit d'indiquer ces sources de diagnostic pour tracer au praticien la conduite qu'il doit suivre.

Puis, lorsqu'on a lieu de croire que l'ulcère est de nature syphilitique, on soumet la malade au *traitement mercuriel*, on prescrit l'*iodure de potassium ;* en un mot, on met en usage les moyens que j'ai tant de fois indiqués, à propos des ulcérations syphilitiques, ayant soin toutefois de ne pas négliger le *traitement local* (injections, cautérisations, calmants) qui vient en aide au traitement spécifique, et de combattre, s'il y a lieu, par le traitement antiphlogistique, les accidents inflammatoires.

ARTICLE IX.

CANCER DE L'UTÉRUS.

Le cancer de l'utérus ne pouvait être bien connu que lorsque l'anatomie pathologique aurait fait d'assez grands progrès. On trouve dans les anciens auteurs, sous

les dénominations de *ulcus uteri*, des indications qui prouvent qu'ils n'ignoraient nullement l'existence d'affections de la matrice graves, profondes et mortelles, mais bien des états divers étaient nécessairement confondus par eux. Aujourd'hui, outre les progrès de l'anatomie pathologique, nous avons des moyens d'exploration qui ont jeté un grand jour sur le diagnostic du cancer utérin, et cependant nous verrons plus loin qu'il est encore des questions litigieuses, et que, si les auteurs modernes sont d'accord lorsque la maladie a fait de très grands ravages, il n'en est plus de même lorsqu'elle n'est encore parvenue qu'à une époque peu éloignée de son début. Parmi ceux qui, depuis le commencement de ce siècle, ont publié les recherches les plus importantes sur cette grave affection, il faut citer Bayle (1), les docteurs Siebold (2), Téallier (3), Montgomery (4); les auteurs qui, comme M. Duparcque, madame Boivin et Dugès, ont fait des traités des maladies de l'utérus; M. H. Lebert, qui vient de publier un bon *Traité du cancer* (5), et plusieurs autres que j'aurai à citer dans cet article.

Parmi ces travaux, celui de M. Téallier se fait remarquer par le soin avec lequel l'auteur a traité tous les points de l'histoire du cancer utérin, et j'aurai fréquemment occasion de lui faire des emprunts.

Diverses divisions, toutes fondées sur l'anatomie pathologique, ont été suivies dans la description du cancer de l'utérus. M. Duparcque distingue les formes suivantes : 1° *cancer hypersarcosique :* c'est le cancer fongueux qu'on a appelé aussi chou-fleur cancéreux, cancer granulé, etc.; 2° *cancer sanguin :* c'est le cancer hématoïde, ou squirrhe brun ramolli, etc.; 3° *cancer squirrheux :* d'autres lui ont donné le nom de cancer tubéreux; 4° *cancer encéphaloïde ;* et 5° *cancer ulcéré.* Madame Boivin et M. Dugès distinguent seulement la forme *tubéreuse* et la forme *ulcéreuse.*

Ces distinctions n'ont pas toutes une grande importance : ainsi il y a de la subtilité à séparer le cancer fongueux du cancer hématoïde. La division la moins inutile pour la pratique est celle qu'ont adoptée madame Boivin et M. Dugès, parce que, suivant que le cancer est ulcéré ou non, on peut, d'une manière générale, juger des progrès plus ou moins grands qu'a faits la maladie; mais en somme il ne faut pas regarder ces distinctions comme capitales, et il suffit, dans la description, de dire un mot des particularités qu'elles présentent. C'est ce que nous avons fait quand nous avons eu à parler des cancers siégeant dans d'autres organes.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Je crois devoir reproduire ici, en changeant seulement le nom de l'organe, la définition que j'ai donnée du cancer de l'estomac, parce que, après avoir examiné les faits, j'ai acquis la conviction qu'il n'y a pas de différence essentielle entre cette affection et celle dont il s'agit ici, et qu'on ne peut y trouver que des nuances résultant du siége différent du mal. C'est au reste ce qui ressortira de la description que je vais présenter.

(1) *Remarq. sur les ulcères de la matrice* (*Journ. de méd. de Corvisart*, etc., an XI, t. V).
(2) *Ueber den Gebermutterkrebs*, etc. Berlin, 1827.
(3) *Du cancer de la matrice*, etc. Paris, 1836.
(4) *Sur la première période du cancer*, etc. (*Dublin Journ.*, 1842).
(5) *Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer.* Paris, 1851, in-8°.

Je dis donc que le cancer de l'utérus consiste dans une *dégénérescence spécifique* d'une partie ou de la totalité de cet organe, dégénérescence d'où résultent tous les symptômes de l'affection, aussi bien au début qu'à une époque avancée de la maladie. J'ajoute ces derniers mots pour que l'on comprenne que, dans ma manière de voir, la maladie n'est pas, dans son principe, une simple inflammation qui dégénérerait ensuite en cancer; mais que, dès les premiers temps, et lorsque plusieurs auteurs ne parlent encore que d'un simple engorgement, le cancer existe.

On trouve cette maladie désignée, dans les auteurs, sous les noms de *ulcus uteri*, *scirrhus* ou *schirrus uteri*, *uteri degeneratio; ulcère de l'utérus*, *ulcération cancéreuse*, *squirrhe*, *cancer de la matrice; engorgement squirrheux*, *cancéreux*, *de la matrice*.

La grande *fréquence* du cancer de l'utérus est bien connue de tout le monde. Madame Boivin et M. Dugès, faisant leurs recherches sur plus de 700 cas de cancer chez la femme, ont trouvé 409 fois le cancer de l'utérus, c'est-à-dire dans plus de la moitié des cas. On peut dire, d'une manière générale, que cette affection cancéreuse est celle qu'on observe le plus souvent.

§ II. — Causes.

M. Téallier (1) est, de tous les auteurs, celui qui a étudié les causes avec le meilleur esprit de critique et en tenant le plus constamment compte des faits. Ce ne sont pas encore là néanmoins des résultats bien précis, et tels qu'en exigent les progrès réels de la science; mais ce sont les documents les plus précieux que nous puissions consulter.

1° Causes prédisposantes.

Age. Tout le monde sait combien est grande l'influence de l'âge dans la production du cancer de l'utérus. C'est, en effet, presque toujours vers la fin de la grande période de la menstruation, ou peu de temps après la cessation complète des règles, que se manifeste le cancer utérin. Aussi est-ce de quarante à cinquante ans que les femmes en présentent le plus grand nombre d'exemples. Il n'est cependant pas rare de voir des femmes qui ont passé ce dernier âge être atteintes de cette affection ; on l'a même observée jusqu'à soixante-quinze et quatre-vingts ans, mais ces cas sont exceptionnels. Suivant M. Téallier, « si l'on interroge bien les malades sur les circonstances antécédentes, dans les cas où le cancer s'est produit à un âge très avancé, on ne tarde pas à reconnaître que chez ces malades la vie organique de l'utérus avait conservé beaucoup d'activité après la disparition de sa faculté génératrice ; que, chez la plupart, l'époque critique avait été très orageuse ; qu'il avait existé alors des altérations méconnues de l'utérus; que l'état d'inertie de l'organe avait condamné la maladie à rester stationnaire, ou à faire des progrès tellement lents, qu'ils étaient restés inaperçus, et qu'enfin la dégénération, qu'on trouve alors parvenue à sa dernière période, remonte pour son début à la cessation des règles. »

La question soulevée par les propositions de M. Téallier a une importance réelle, car il ne s'agit de rien moins que du degré d'action qu'il faut accorder à l'époque

(1) *Loc. cit.*, p. 82 et suiv.

critique sur la production du cancer. Malheureusement, M. Téallier ne fait que mentionner des faits probablement confiés à sa mémoire, ce qui est bien loin de suffire quand il s'agit de semblables questions. On a peine à croire que des cancers puissent rester à l'état stationnaire pendant vingt-cinq et trente ans, ou faire des progrès assez lents pour qu'un temps aussi considérable soit nécessaire pour rendre la maladie évidente. Il faudrait donc entrer dans tous les détails des faits pour prouver que les choses se sont passées réellement ainsi; et nous ne trouvons que des affirmations.

Après la période de quarante à cinquante ans, celles qui fournissent le plus grand nombre d'exemples de cancer sont, suivant M. Lever (1), d'abord celle de trente à quarante ans, puis celle de vingt à trente ans. Dans les cas rassemblés par M. Dugès et madame Boivin, il n'en a pas été ainsi, car la période de vingt à trente ans a fourni plus de cas que celle de trente à quarante ans. Il y a, comme on le voit, de nouvelles recherches à faire à ce sujet.

Parmi les causes prédisposantes, on a rangé des influences bien opposées. Ainsi on a dit que les *excès de coït*, les *jouissances précoces*, les *couches nombreuses*, l'*avortement*, les *accouchements laborieux* prédisposent au cancer utérin, et d'un autre côté on a affirmé que le *célibat*, une *continence* trop rigoureuse peuvent placer les femmes dans la même prédisposition. M. Téallier a fait ressortir la contradiction de ces assertions, et j'ajoute qu'elles sont le résultat d'impressions vagues et générales, et nullement l'expression de relevés de faits. Il faut faire une exception pour les *couches*. M. Lever a trouvé, en effet, en faisant ses relevés statistiques, que le cancer utérin se rencontre plus fréquemment chez les femmes qui ont eu des enfants que chez celles qui n'ont eu ni accouchements ni fausses couches. Mais on n'a pas réfléchi à une circonstance bien importante : le nombre des femmes qui ont eu des enfants, et qui sont parvenues à l'âge où se montre le cancer utérin, est, dans une immense proportion, supérieur à celui des femmes qui n'en ont jamais eu ; qu'y a-t-il donc d'étonnant à ce que les premières donnent un plus grand nombre de cancérées? La statistique est, sans doute, une chose de la première utilité, mais il faut en connaître toutes les difficultés et tout prévoir, pour ne pas arriver à des résultats faux.

On a encore placé, parmi ces causes, les *affections syphilitiques*. Or, rien ne prouve que le virus vénérien puisse donner naissance au cancer, et les faits qu'on a mentionnés (faits vagues et incertains) en faveur de cette opinion, n'ont pas de valeur réelle. Lorsqu'on dit que les filles publiques meurent presque toutes des suites du cancer utérin, on affirme un fait dont tout tend à prouver l'inexactitude, comme on peut s'en assurer en parcourant les recherches de Parent-Duchâtelet (2) et celles des auteurs qui se sont spécialement occupés des maladies vénériennes.

Je ne fais que mentionner, parmi ces causes, la *stérilité*, parce que dans les faits qu'on a cités pour démontrer l'action de cette prétendue cause, rien ne prouve qu'il y ait eu autre chose qu'une simple coïncidence, et que même on peut penser que, dans les cas où l'affection s'est produite à un âge peu avancé, elle a été la cause de la stérilité, bien plutôt qu'elle n'en a été l'effet.

(1) *Statistical notices of one hundred and twenty cases of carcinoma uteri* (*Medico-chirurgical Transactions*. London, 1839, t. XXII, p. 267).
(2) *De la prostitution dans la ville de Paris*. Paris, 1837, t. I, p. 254.

Les *affections morales*, les passions tristes, les chagrins de longue durée, sont rangés, par tous les auteurs, parmi les causes dont il s'agit. On a sans doute des motifs de croire que ces affections morales qui agissent sur l'économie d'une manière si fâcheuse, peuvent avoir cette triste influence ; mais il y a bien loin de ces probabilités à la certitude que donnerait un relevé bien fait d'observations nombreuses.

La grande *irritabilité* des sujets, une *sensibilité* morale excessive, sont des causes qui se lient à la précédente. Mais n'a-t-on pas confondu l'irritabilité produite par la maladie elle-même, avec une irritabilité préexistante qui aurait pu agir seule dans la production de la maladie ? C'est ce que l'analyse de faits mieux observés que ceux que nous possédons pourrait seule nous apprendre.

Reste enfin l'*hérédité*. Mais, à ce sujet, je n'aurais rien à dire qui ne se trouve dans l'histoire des autres cancers, et, par conséquent, du cancer en général, qui, comme on sait, est regardé généralement comme une maladie éminemment héréditaire.

2° Causes occasionnelles.

Nous n'avons pas de renseignements plus précis sur les causes occasionnelles.

Quelques auteurs regardent, comme pouvant produire le cancer de l'utérus, les *inflammations* plus ou moins répétées de cet organe, ou plutôt, dans leur manière de voir, le cancer n'est autre chose que la conséquence, le dernier terme d'une inflammation chronique qui, ayant été longtemps négligée, se termine par la dégénération du tissu utérin en tissu squirrheux et encéphaloïde. J'ai déjà eu occasion de discuter cette question, à propos d'autres cancers, et notamment du *cancer de l'estomac;* je me contenterai donc de dire ici que cette opinion n'est nullement fondée sur l'analyse exacte des faits, mais bien sur de simples apparences et sur des raisonnements. Un des arguments les plus puissants qu'on puisse lui opposer, c'est la très longue durée de l'inflammation sans production de cancer, tandis qu'on voit fréquemment celui-ci se produire chez des femmes qui n'ont jamais présenté aucun signe d'inflammation de l'utérus. Mais ce n'est pas là la seule raison à faire valoir ; nous trouverons plus loin, dans les symptômes, dans leur succession, dans les lésions anatomiques, d'autres preuves convaincantes. Je les exposerai dans le paragraphe consacré au *diagnostic*.

Suivant M. Téallier (1), les *fluxions périodiques* qu'éprouve l'organe aux époques des *règles* devraient être considérées comme une des principales causes déterminantes du cancer qui l'affecte si souvent. C'est là une proposition entièrement dénuée de preuves solides. La difficulté de la menstruation à l'époque critique n'est pas un argument aussi puissant que paraît le croire cet auteur. Sans doute, si l'âge auquel se produit ce cancer différait complétement de l'âge où cette affection se montre dans les autres organes, on pourrait regarder comme presque certain que ce trouble de la menstruation a une grande influence ; mais il n'en est pas ainsi, comme chacun sait. Il faudrait donc procéder différemment pour arriver à la vérité. Je suis loin toutefois de dire que l'influence de cette cause soit inadmissible ; je dis seulement que, pour arriver à la solution de cette question difficile, il fau-

(1) *Loc. cit.*, p. 89.

drait avoir étudié l'état de la menstruation chez un grand nombre de malades, et s'assurer par là si la fluxion périodique plus ou moins marquée chez les femmes a l'effet qu'on lui attribue.

Je mentionnerai maintenant des causes que nous voyons invariablement reparaître, lorsqu'il s'agit d'une affection quelconque ayant son siége dans l'utérus : ce sont les *excès de coït*, l'*usage des pessaires*, les *injections irritantes*, etc. ; on conçoit que je n'ai pas à m'arrêter sur ces causes banales.

En dernière analyse, l'incertitude dans laquelle nous laissent toutes les assertions des auteurs, jointe à la manière dont la maladie se développe, aux lésions qu'elle produit, à la facilité avec laquelle elle se reproduit lorsqu'on l'a extirpée, à sa manifestation fréquemment simultanée dans diverses parties du corps ; en un mot, toutes ces considérations, que tous les auteurs qui ont bien étudié le cancer ont toujours fait valoir, nous forcent à reconnaître l'existence d'une *cause spécifique* qui nous est entièrement inconnue dans son essence, et que quelques auteurs ont désignée sous le nom de *diathèse cancéreuse*, expression qui peut être juste pour la grande majorité des cas, mais qui ne s'applique pas à ceux où le cancer paraît dans le principe entièrement renfermé dans les limites d'un seul organe, et n'affecte que plus tard toute l'économie.

§ III. — Symptômes.

La seule division qu'il faille admettre pour l'étude des symptômes est celle qui distingue le cancer en *non ulcéré* et *ulcéré*. C'est celle que je vais suivre, après avoir dit un mot du début en général.

Début. L'étude du début doit porter sur tous les cas, quelle que soit la forme du cancer, parce que rien ne prouve que cette forme influe sur la manière dont la maladie se manifeste dans les premiers temps. Peut-être néanmoins un examen plus attentif nous fera-t-il connaître plus tard quelques différences ; mais avec les faits que nous possédons il est impossible d'en trouver aucune.

Le symptôme du début le plus remarquable, celui qui mérite de fixer d'une manière toute spéciale l'attention du médecin, est la *métrorrhagie*. J'ai déjà dit, dans un autre article (*Métrite chronique*), qu'il résulte des recherches inédites de M. Louis que, dans l'immense majorité des cas, le début du cancer est marqué par une hémorrhagie utérine plus ou moins abondante ; j'ai ajouté que, depuis que mon attention a été fixée sur ce point, je n'ai jamais vu cette maladie commencer autrement. Voici maintenant ce que nous apprennent les observations recueillies par les auteurs.

Les ouvrages de MM. Duparcque et Téallier contiennent 17 observations suffisamment détaillées, et qui ne laissent aucun doute sur la nature de la maladie (1). Dans ces 17 cas, treize fois la métrorrhagie s'est déclarée, si ce n'est absolument au début, du moins très peu de temps après. Il est même des cas où le début a été évidemment marqué par ce symptôme ; je citerai, par exemple, les 139e et 142e observations de M. Duparcque. Dans la plupart des autres, on parle d'irré-

(1) Je crois devoir donner ici les numéros de ces observations, pour qu'on puisse vérifier ce que j'avance. Dans l'ouvrage de M. Téallier, ce sont : les 8e, 9e, 12e, 13e, 20e, 22e, 23e, 24e, 25e, 26e et 27e ; et dans celui de M. Duparcque : les 126e, 138e, 139e, 142e, 143e et 145e.

gularité de la menstruation, et, dans quelques unes, de la douleur, comme ayant précédé l'hémorrhagie; mais sous ce rapport, les faits sont présentés avec si peu de précision, qu'on ne peut pas saisir exactement la succession des symptômes. Des quatre observations qui nous restent, il en est trois qui ne parlent en aucune manière de l'hémorrhagie utérine; mais il faut remarquer que ces observations, assez complètes sous d'autres rapports, sont très sobres de détails sur les symptômes des premiers temps de la maladie, ou qu'on s'y contente d'exposer les signes qui prouvent actuellement l'existence du cancer. Enfin, dans la quatrième, il semble qu'il n'y a pas eu d'hémorrhagie, mais le fait n'est pas affirmé, et l'on peut conserver des doutes à cet égard.

De ce qui vient d'être dit il résulte que l'hémorrhagie est un des symptômes qui apparaissent les premiers dans le cancer utérin; que, dans un certain nombre de cas, ce symptôme se montre sans que rien ait pu en faire craindre l'apparition; que dans quelques autres, cette apparition *paraît* avoir été précédée d'une certaine irrégularité de la menstruation (abstraction faite, bien entendu, de l'irrégularité du temps critique), de douleurs plus ou moins vives, et peut-être d'un écoulement particulier; enfin (et c'est là le point capital, celui que j'aurai occasion de rappeler plus loin, et sur lequel les auteurs n'ont pas fixé leur attention), que dans aucun des cas authentiques et évidents que nous avons pu rassembler, le cancer n'a été précédé des longues souffrances et des autres symptômes propres à la métrite chronique.

On voit, d'après ces considérations, que la métrorrhagie, hors de la parturition, ne doit jamais être examinée trop légèrement par le médecin. Ce n'est pas à dire pour cela que ce symptôme annonce toujours un état grave; bien loin de là, car tous les jours on observe des pertes utérines qui n'ont pas de conséquence fâcheuse; mais voici les circonstances qui feront plus particulièrement redouter l'invasion d'une affection organique. La métrorrhagie qui se manifeste au début du cancer a lieu fréquemment hors du temps où doivent apparaître les règles; elle se montre parfois après la cessation complète de la menstruation; elle est souvent abondante. Ces circonstances devront par conséquent être soigneusement notées quand il s'agira de fixer le début du cancer de l'utérus; et si, à la suite d'une hémorrhagie de ce genre, on voit apparaître de la pesanteur vers le rectum, des douleurs utérines, un écoulement continuel, en même temps qu'on constate un gonflement avec dureté, irrégularité, pâleur du col, on doit regarder la maladie comme confirmée.

Symptômes. 1° *Cancer non ulcéré.* C'est, dans l'immense majorité des cas, pendant la première période de la maladie que le cancer se présente sans ulcération. Il est bien rare, en effet, qu'on voie cette affection conduire par elle-même les malades au tombeau, sans qu'il se soit produit des ulcères plus ou moins profonds, qui souvent détruisent non seulement l'utérus, mais encore les organes voisins. Presque toujours, lorsqu'on a eu l'occasion d'examiner anatomiquement le cancer non ulcéré de l'utérus, les malades avaient été emportées par une maladie intercurrente qui avait été d'autant plus grave, qu'elle les avait trouvées dans un état de dépérissement plus marqué. On a décrit plusieurs *formes* de cancer non ulcéré; mais il suffira d'indiquer les particularités qu'elles présentent lorsque je décrirai l'exploration de l'organe par le toucher et à l'aide du spéculum.

La *douleur* est un des phénomènes les plus importants du cancer de l'utérus; mais c'est surtout lorsque le cancer s'est ramolli et s'est ulcéré qu'elle se produit. Il n'est pas très rare, en effet, de voir des femmes, ayant eu les symptômes du début, et présentant un engorgement squirrheux évident, ne pas éprouver de douleurs réelles. Mais il en est très peu qui ne ressentent pas dans le bassin un sentiment continuel de *plénitude*, et vers le périnée une *pesanteur* incommode qui se fait principalement sentir lorsqu'elles marchent et lorsqu'elles sont assises. Parfois même les véritables douleurs se manifestent dès les premiers temps, et consistent alors en des *tiraillements* dans les lombes et les aines, en des *élancements* dans les mêmes parties, dans l'hypogastre et parfois dans les cuisses. Au reste, nous manquons de recherches bien précises sur l'intensité de ces douleurs, et sur leur forme dans les premiers temps de la maladie. La douleur peut être très fortement exaspérée par la *pression*; ce que l'on constate en touchant par le vagin pour le col, par le rectum pour le corps de l'utérus, et de plus en palpant l'hypogastre pour ce dernier point.

Par le *toucher*, on reconnaît un gonflement plus ou moins considérable de la totalité de l'organe ou seulement d'une de ses parties. Il faut procéder à cet examen de la manière suivante :

A l'aide du *toucher vaginal*, on constate l'*état du col*, qui, fréquemment, est seul affecté, surtout à l'époque de la maladie dont nous nous occupons. Cette partie est *dure*, *volumineuse*, présente ordinairement des *bosselures* irrégulières, séparées par des enfoncements facilement sentis par le doigt. Il en résulte une plus ou moins grande déformation de l'organe, dont un des points ou plusieurs à la fois sont très volumineux, tandis que les autres paraissent *déprimés* et comme atrophiés. On constate, en outre, des *déviations* fréquentes du col, qui est porté ordinairement en arrière, et quelquefois en avant.

Le toucher vaginal, sur lequel il est nécessaire d'insister, parce qu'il n'est pas très rare de trouver des malades qui ne veulent pas se soumettre à l'examen à l'aide du spéculum et au toucher rectal, fait encore reconnaître si le corps de l'utérus est affecté. En portant profondément le doigt au fond du cul-de-sac du vagin, et en soulevant l'organe, on trouve celui-ci *plus dur* et *plus lourd*, ou bien, par la combinaison de ce moyen avec le palper hypogastrique, on obtient une mesure approximative du développement de l'utérus. Lorsque ce développement est considérable, on atteint facilement le fond de l'organe en pressant sur l'hypogastre, et de légers mouvements imprimés à cette partie se font sentir immédiatement sur le doigt qui soulève le col. L'utérus est souvent, lorsqu'il a acquis un assez grand volume, comme enclavé dans le petit bassin, de manière qu'il est impossible de lui imprimer ces mouvements qu'on fait si facilement exécuter à un utérus sain. C'est encore par le toucher et la palpation hypogastrique combinés qu'on constate avec précision l'existence de cette immobilité, à laquelle contribuent parfois des adhérences résultant de petites péritonites partielles.

Le *toucher rectal* fait plus facilement reconnaître l'état du corps de l'utérus, qui est dur, ordinairement bosselé, difficile à soulever, et qui comprime plus ou moins le rectum.

Par la *palpation hypogastrique* on peut, comme je l'ai dit plus haut, atteindre le corps de l'utérus lorsqu'il est développé, et, dans certains cas, rien n'est plus facile.

Le même mode d'exploration sert à établir que le corps est sain, pendant que le col est affecté; mais la *percussion* de l'hypogastre donne des résultats plus précis encore.

Lorsque le corps de l'utérus est sain, l'hypogastre a partout sa sonorité normale, et la *percussion* n'est pas douloureuse. Lorsqu'il est affecté, on trouve immédiatement, au-dessus du pubis, une matité qui se porte plus ou moins haut le long de la ligne médiane, et qui se termine par une ligne courbe à convexité supérieure, au delà de laquelle se fait entendre le son intestinal. La percussion est ordinairement très douloureuse lorsque le corps de la matrice est profondément affecté, et surtout lorsqu'il y a des lésions superficielles; ce n'est donc qu'avec beaucoup de ménagements qu'on doit employer ce moyen d'exploration, qui sert aussi, comme on le voit, à faire apprécier le degré de sensibilité de l'organe. Lorsque les annexes de l'utérus sont atteintes par le cancer, la ligne de la matité est irrégulière et se porte vers les fosses iliaques.

L'*examen à l'aide du spéculum* est du plus grand secours, et c'est pourquoi il faut beaucoup insister auprès des malades pour qu'elles s'y soumettent. Il ne sert, il est vrai, qu'à faire reconnaître l'état du col; mais comme il est excessivement rare que le cancer soit borné au corps de l'utérus; que, dans l'immense majorité des cas, cette maladie commence par le col; que souvent elle reste bornée à cet organe, ou du moins pénètre peu profondément au delà; qu'il en est surtout ainsi à une époque peu éloignée du début de la maladie, et lorsque le cancer n'est pas ulcéré, cas dont il s'agit ici, on peut dire que, de tous les moyens d'exploration, le spéculum est encore le plus précis. Marjolin a admis *quatre formes primitives principales* du cancer utérin, que l'on peut reconnaître à l'aide du spéculum, et l'on peut s'assurer tous les jours que sa description est exacte. Voici ces quatre formes :

Première forme. Petites *tumeurs* dures, circonscrites, arrondies, du volume d'un pois à celui d'une noisette, rouges ou de couleur fauve, sillonnées par des vaisseaux superficiels, plus ou moins longtemps indolentes, puis ordinairement douloureuses au toucher, et tendant à s'agrandir. Quelquefois ces tumeurs se développent primitivement à la jonction du col et du vagin.

Deuxième forme. Engorgement dur, inégal, bosselé. Quelquefois diminution de volume et dilatation de l'orifice. Pâleur blafarde du col, qui ne présente pas de granulations, comme dans l'inflammation de la muqueuse.

Troisième forme. Tuméfaction de l'une ou de l'autre des lèvres ou de toutes les deux à la fois, dans une étendue variable. Consistance inégale. Ordinairement dureté à la base, mollesse à la surface. Renversement des lèvres. Excoriations.

Quatrième forme. Engorgement général, irrégulier, de couleur rouge obscur. C'est surtout, dit Marjolin, cette espèce d'affection qui, passant à l'état de cancer confirmé, produit chez quelques sujets le cancer encéphaloïde, et chez d'autres le cancer fongueux sanguin.

Ce qui ressort de plus général de cette description, c'est qu'une dureté plus ou moins notable, avec une déformation du col, est le caractère anatomique le plus fréquent du cancer de l'utérus à son début. Mais nous venons de voir que, dans quelques cas, les choses se passent d'une autre manière. Ce sont ces cas qui pré-

sentent des difficultés pour le diagnostic, et dans lesquels on doit étudier avec grand soin les autres symptômes, et surtout les symptômes du début.

Un *écoulement* plus ou moins abondant ne tarde jamais à se manifester. Il est surtout abondant lorsque le col est entr'ouvert et que la maladie pénètre à une certaine profondeur dans le corps de l'organe. Cet écoulement est de couleur variable, souvent rosé, roussâtre, parfois grisâtre et parfois aussi contenant une quantité de sang assez notable ; mais cette dernière circonstance se remarque bien plus souvent lorsque le cancer s'est ulcéré ou a passé à l'état fongueux. Dans les premiers temps, l'odeur de cet écoulement est fade et un peu nauséabonde ; plus tard elle devient pénétrante, caractère que nous lui trouverons à un bien plus haut degré dans la seconde période du cancer.

Pendant le cours de cette première période, les *hémorrhagies* se reproduisent plus ou moins fréquemment et avec une abondance plus ou moins grande. Chez quelques femmes, l'écoulement de sang est presque continuel, c'est-à-dire que l'époque des règles avançant toujours beaucoup, et les menstrues durant très longtemps, les intervalles se trouvent très courts. Chez d'autres, au contraire, les intervalles augmentant, sont souvent très irréguliers, et, lorsque le sang s'échappe il est ordinairement abondant. Enfin quelques femmes ont des hémorrhagies lorsqu'elles font des efforts pour aller à la garderobe, lorsqu'elles se fatiguent, ou lorsque leurs organes génitaux sont soumis à quelque action un peu violente de quelque nature qu'elle soit. Mais cette dernière forme de l'hémorrhagie appartient plus particulièrement à la seconde période.

En même temps qu'on observe ces symptômes locaux, on en voit apparaître de *généraux* qui sont loin d'être sans importance. Les malades deviennent faibles, languissantes ; elles maigrissent, perdent leur fraîcheur, pâlissent, et prennent ordinairement cette légère *coloration jaunâtre* qu'on a de tout temps signalée comme appartenant au cancer en général. Souvent aussi les *digestions* deviennent difficiles et présentent les troubles que j'ai tant de fois indiqués à l'occasion des autres affections de l'utérus, ce qui dépend non seulement des pertes abondantes éprouvées par les malades, mais encore de l'état d'affaiblissement général qui résulte du développement du cancer. Il est assez ordinaire de voir les femmes devenir acariâtres, irritables, mélancoliques, d'observer, en un mot, un *changement notable de caractère*. Quant au *mouvement fébrile*, il est bien rare qu'il existe dans cette première période ; le pouls est lent, régulier, plus ou moins faible, à moins de complication ; la peau est fraîche, il n'y a pas de transpiration.

« C'est dans cette première période de la maladie (au commencement) que les femmes, dit M. Téallier, éprouvent quelques *sensations douloureuses dans les seins*, qui deviennent durs et volumineux ; un *malaise inexprimable* qui ne leur permet pas de garder un seul instant la même position ;..... des douleurs vives et passagères dans diverses parties du corps ; en un mot, un trouble singulier de toutes les fonctions, dont la manifestation de la maladie vient enfin donner l'explication. »

Je dois ajouter que, bien que les choses se passent comme il vient d'être dit dans la très grande majorité des cas, on trouve néanmoins des cas exceptionnels où il en est tout autrement. C'est ainsi que quelquefois le cancer marche d'une manière presque complétement latente, ne donnant lieu qu'à quelques troubles mens-

truels et à un écoulement qui peut très bien être attribué à une affection utérine beaucoup moins grave, et que, lorsqu'on est appelé auprès des malades, on trouve le col de l'utérus profondément altéré, et présentant les signes de la seconde période de la maladie. Lisfranc en a observé un exemple bien remarquable chez une jeune femme qui avait conservé toutes les apparences de la santé, bien que le col de l'utérus fût réduit en putrilage. D'un autre côté, on voit quelquefois cette première période donner lieu à des douleurs vives, avec un certain mouvement fébrile, un dépérissement beaucoup plus marqué qu'à l'ordinaire, et de grands troubles fonctionnels. Il n'y a, du reste, rien là qu'on n'observe aussi dans les autres affections chroniques, dans lesquelles, sans qu'on puisse en deviner la cause, la marche de la maladie, tout à fait insolite, donne à certains cas une physionomie particulière.

Deuxième période. La douleur, avons-nous dit, est un symptôme beaucoup plus marqué dans la seconde période que dans la première. C'est alors surtout que, *par la palpation* et la *percussion*, on trouve l'hypogastre extrêmement sensible, et que le *toucher* cause de vives souffrances. Il est rare que, à cette époque avancée, le corps de l'utérus ne participe pas à la maladie, soit que les progrès de la dégénérescence l'aient envahi, soit, ce qui est bien plus rare, que le mal s'y soit développé dès le début, soit enfin que, sans être cancérée, cette partie de l'organe présente un certain degré d'engorgement ou d'inflammation. S'il en était autrement, la *douleur provoquée* ne serait déterminée que par le toucher vaginal, et la palpation hypogastrique ainsi que le toucher rectal feraient reconnaître l'état d'intégrité du corps.

La *douleur spontanée* est ordinairement très fatigante pour les malades. Ce sont des *élancements* douloureux qui parcourent plus ou moins fréquemment le périnée, l'hypogastre, le bassin, les lombes et même les cuisses ; des tiraillements, un sentiment de *chaleur âcre*, en un mot, les diverses douleurs aiguës qui se montrent dans tous les cancers.

L'*augmentation de volume* du col et du corps de l'organe est constatée de la même manière que dans la première période ; mais de plus le toucher vaginal et le toucher rectal font reconnaître les signes suivants :

Par le *toucher vaginal*, on trouve le col de l'utérus ramolli dans un ou plusieurs points, et conservant dans d'autres sa dureté ; ou bien un ramollissement général de cette partie de l'organe, avec une *sensation de crépitation* signalée par M. Duparcque ; ou encore une ulcération déprimée, plus ou moins profonde, avec des bords durs et irréguliers ; ou des végétations plus ou moins volumineuses et nombreuses ; ou enfin une destruction, souvent très considérable, d'une partie plus ou moins étendue du col, avec déformation, déviation de cette partie de l'organe et ordinairement dilatation de son ouverture.

Si le cancer a fait de très grands progrès, le toucher vaginal peut faire constater une disparition presque complète du col, un endurcissement des parois du vagin qui l'avoisinent et un gonflement des tissus adjacents.

A l'aide du *toucher rectal*, on découvre souvent, en même temps que l'augmentation de volume du corps de l'organe, des bosselures irrégulières, résistantes et parfois offrant divers degrés de consistance. Lorsque le corps de l'utérus est envahi dans une très grande étendue, son gonflement peut être très considérable ; alors on le trouve immédiatement en introduisant le doigt dans le rectum, sur le-

quel il pèse fortement. Il remplit tellement le bassin qu'on ne peut le mouvoir. Il est comme enclavé ; et cette immobilité est encore augmentée par l'endurcissement des ligaments et des annexes de l'organe, ainsi que par les adhérences que l'inflammation a pu produire.

L'*examen à l'aide du spéculum* vient encore donner plus de précision à ces divers signes. S'il s'agit d'un de ces ramollissements que M. Duparcque désigne sous le nom de *cancer sanguin*, et qui donne, au toucher, la sensation de crépitation indiquée plus haut, on voit le col uniformément gonflé, de couleur violacée, avec dilatation de son ouverture, par laquelle s'échappe un sang noir, grumeleux, dans lequel on trouve ordinairement des caillots de volume variable. Il est une forme de ce cancer à laquelle le même auteur a donné le nom de *cancer hypersarcosique*, et qui présente à l'inspection les particularités suivantes : « Tumeur s'épanouissant en *champignon* à la surface du col ;... surface ordinairement *lobulée* et comme granulée ; couleur rouge, brunâtre, ou violacée ; production d'un fluide roussâtre, séreux ou puriforme, ou filandreux, ou de sang noir. » (Duparcque.)

A une époque plus avancée, le cancer est ulcéré, et alors l'examen au spéculum fait découvrir l'état suivant : Souvent sur la base dure qui formait l'engorgement squirrheux se montre une ulcération irrégulière, grisâtre, à bords élevés, durs et renversés, laissant suinter un liquide roussâtre, ichoreux, ténu, plus ou moins mêlé de sang. Cette ulcération, qui, dans les premiers temps de son apparition, peut être très petite et siéger sur la face interne d'une des lèvres, fait chaque jour des progrès, détruit la lèvre attaquée, gagne l'autre, envahit la base du col, et peut s'étendre aux parois du vagin qu'elle détruit plus ou moins profondément, donnant lieu à des lésions dont il sera parlé tout à l'heure.

D'autres fois c'est un ramollissement, une *fonte* du col, dont l'ulcération est la conséquence. On remarque principalement cette marche de l'ulcération dans les cas de cancer mou, auquel on a donné le nom de cancer fongueux, sanguin, hypersarcosique, etc. Alors l'ulcération peut faire en peu de temps des progrès très considérables ; les parties atteintes se détachant pour ainsi dire en masse, la destruction du col est rapide, et le corps lui-même peut être promptement attaqué.

Il est une réflexion pratique qu'il importe de faire à propos de l'examen à l'aide du spéculum. Lorsque les lésions ne sont pas très avancées, et surtout lorsqu'elles n'ont pas encore envahi le vagin, cet examen n'a aucun inconvénient, et il est incontestablement utile pour le diagnostic ; mais si une malade se présentait avec destruction du col, et de plus une altération considérable de la paroi recto ou vésico-vaginale, si surtout ces parois offraient un commencement de destruction, le toucher serait suffisant pour le diagnostic, et l'*introduction du spéculum*, difficile et douloureuse, *n'aurait aucun avantage*, car dans ces cas désespérés tout traitement direct un peu actif devient inutile. L'introduction du spéculum, dans des cas semblables, n'aurait d'autre intérêt qu'un intérêt de curiosité qui ne doit jamais guider le médecin.

Lorsque le cancer est parvenu à la seconde période, l'*écoulement* prend un nouveau caractère : il devient abondant, ichoreux, et a une odeur forte, pénétrante, particulière. Cette odeur est si repoussante, qu'on est obligé d'isoler les malades et de leur prescrire des injections désinfectantes.

En même temps se développent les symptômes de la *cachexie cancéreuse*, dont

M. Téallier trace le tableau ainsi qu'il suit (1) : « La peau sèche, écailleuse, noirâtre aux extrémités, d'un jaune verdâtre sur tout le corps, est terreuse et collée sur les os ; les yeux enfoncés, le nez effilé, les lèvres décolorées, les dents fuligineuses donnent à la figure un aspect cadavérique ; quelquefois il y a de la bouffissure et de l'œdème aux extrémités, qui gagne les cuisses et le bas-ventre ; des selles colliquatives, ou une constipation opiniâtre, des vomissements porracés ; des douleurs atroces, non seulement dans l'organe primitivement affecté, mais encore dans les articulations, dans le périoste et le tissu profond des os ; enfin la *fièvre hectique*, les insomnies, des souffrances intolérables, et quelquefois des hémorrhagies abondantes viennent mettre un terme à cette horrible existence. »

Il ne faut pas croire cependant que tous ces symptômes se montrent dans tous les cas où le cancer entraîne la mort des malades. Ainsi la coloration noirâtre des extrémités manque assez fréquemment, la couleur du reste du corps peut être seulement jaune très pâle ; les douleurs peuvent être jusqu'à la fin assez tolérables, presque nulles parfois ; mais il est vrai de dire que le cancer de l'utérus, lorsqu'il cause la mort par lui-même, est une des affections chroniques qui donnent lieu, dans les derniers temps, aux symptômes les plus affreux.

D'un autre côté, il survient, par suite de l'extension du cancer à d'autres organes, des symptômes qui méritent d'être signalés. Le cancer de l'utérus peut envahir, comme nous l'avons vu, la paroi vésico-vaginale ; il se propage alors à une plus ou moins grande étendue de la vessie, et de là la *dysurie*, la *strangurie*, parfois la *rétention d'urine;* puis, l'ulcération venant à s'emparer de ces parties, il en résulte une fistule vésico-vaginale par laquelle s'écoule incessamment l'urine. Si cette extension du mal a lieu du côté du rectum, on observe des altérations analogues : dans les premiers temps, il y a de la constipation, puis des alternatives de constipation et de dévoiement, puis ordinairement un dévoiement continu, et enfin *écoulement des matières fécales par le vagin*, lorsque la fistule recto-vaginale s'est établie. Chez quelques sujets, cette extension du mal se fait de tous les côtés en même temps, et *le vagin est converti en un cloaque infect, où s'écoulent à la fois l'ichor cancéreux, l'urine et les matières fécales.* C'est surtout dans les cas de ce genre que les douleurs deviennent atroces. Les annexes de l'utérus, les ligaments larges, les trompes, et même les ovaires finissent parfois par participer à l'affection cancéreuse : de là l'immobilité de l'utérus, les douleurs que produisent les mouvements qu'on cherche à lui imprimer, les tumeurs des ovaires, etc. Les ganglions abdominaux sont, en pareil cas, ordinairement cancérés.

Dans les tissus qui environnent l'organe cancéré, il se produit parfois des inflammations partielles qui donnent lieu à des signes particuliers. Ainsi *le péritoine peut s'enflammer*, et de là des douleurs vives dans le bassin ou dans tout l'abdomen, rendant la palpation insupportable, et s'accompagnant d'un mouvement fébrile plus ou moins marqué. Des péritonites partielles résultent les *adhérences* qui contribuent à rendre plus complète l'immobilité de la matrice. Des *abcès* peuvent se former dans les ligaments larges ; l'inflammation peut, en un mot, envahir tous les organes voisins. Les symptômes qui en résultent ont été décrits ou le seront à l'occasion des maladies de ces organes, et il serait par conséquent inutile de les consigner ici.

(1) *Loc. cit.*, p. 114.

Une autre conséquence de l'extension de la maladie est la *phlegmatia alba dolens*, qu'il n'est pas très rare d'observer chez les femmes affectées de cancer de l'utérus. J'ai signalé cette circonstance en parlant de cette maladie (1). J'ai eu occasion dernièrement de m'assurer de nouveau que cette affection est due à la phlébite.

Chez quelques sujets on observe des douleurs occupant les deux nerfs sciatiques, et présentant tous les caractères de la *névralgie fémoro-poplitée* double. En pareil cas, le plexus sacré est envahi par la maladie.

Enfin on observe parfois des signes de cancer de plusieurs autres organes, et cette *diathèse* peut être si générale, qu'on a vu des femmes dont presque toutes les parties du corps, sans en excepter le système osseux, présentaient une dégénération cancéreuse.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Ainsi que nous venons de le voir, la *marche* du cancer de l'utérus peut, dans quelques cas, être latente pendant un certain temps. Dans d'autres, elle est très rapide et la désorganisation fait de grands progrès en s'accompagnant de violents symptômes généraux ; mais dans la grande majorité des cas cette affection a une marche chronique et continue. On peut, il est vrai, comme dans toutes les maladies chroniques, observer, à des intervalles variables, une amélioration plus ou moins marquée, soit naturelle, soit obtenue par le traitement, mais cette amélioration est passagère et les progrès du mal ne tardent pas à redevenir manifestes.

Comme je l'ai fait remarquer à propos de la métrite chronique, la *durée* du cancer de l'utérus mérite d'être étudiée avec soin. Malheureusement les observations rapportées par les auteurs sont prises avec tant de négligence, que souvent on n'a ni la date du début ni celle de la mort. Parmi les observations contenues dans les ouvrages de MM. Duparcque et Téallier, il n'en est que dix qui puissent à la rigueur servir pour cette appréciation ; mais dans ces dix cas on trouve des données importantes. Trois fois seulement (2) la maladie a duré d'une manière certaine de trois à quatre ans. Dans un des faits cités par M. Duparcque, une *leucorrhée* s'est manifestée deux ans et demi environ avant l'apparition des signes propres à faire diagnostiquer le cancer d'une manière précise ; mais il est douteux que cette maladie ait déjà commencé avant cette dernière époque ; s'il en était ainsi, il faudrait faire remonter à six ans avant la mort le début du cancer. Dans les sept autres cas, la durée de la maladie a varié entre six mois et deux ans, et, terme moyen, treize mois.

Si nous rapprochons cette durée moyenne de celle de seize cas de métrite chronique rapportés par M. Duparcque, et dans lesquels on peut fixer l'époque du début, nous trouvons tout de suite une très grande différence, puisque celle-ci a été de cinquante-deux mois et une fraction. En outre, nous avons les cas qui ont duré dix et douze ans dont j'ai parlé à propos de la métrite chronique. C'est ce que l'on voit dans les 97ᵉ, 98ᵉ et 104ᵉ observations de l'auteur que je viens de citer. Mais ce n'est pas tout, et, envisagés sous un autre point de vue, ces faits conduisent à

(1) Voy. t. II, art. *Phlegmatia alba dolens*.
(2) Obs. 2ᵉ de M. Téallier; 142ᵉ, 145ᵉ de M. Duparcque.

un résultat bien plus important encore. Dans les cas de métrite chronique, au bout de trois, six, douze ans, on ne trouvait que des lésions médiocrement graves, et un traitement bien dirigé en obtenait bien facilement la guérison ; lorsqu'il s'agit du cancer, au contraire, dès le troisième, le quatrième et le cinquième mois, dans la grande majorité des cas, les lésions sont déjà graves, profondes, et tous les moyens thérapeutiques qu'on emploie agissent à peine comme palliatifs. Enfin remarquons que la durée du cancer est calculée sur des cas qui se sont terminés par la mort, que celle de la métrite chronique résulte, au contraire, d'un relevé de faits dans lesquels la guérison a eu constamment lieu, et que tout, dans la marche de la maladie, portait à penser que si l'on n'avait pas mis un terme au mal par un traitement actif, il se serait perpétué et aurait pu durer encore un grand nombre d'années.

Ces considérations me paraissent de la plus haute importance. Il est surprenant que les auteurs, et même ceux qui se sont occupés spécialement de ce sujet, n'aient pas fixé leur attention sur ces circonstances capitales pour le diagnostic, et il ne me paraît pas douteux que la grande incertitude dans laquelle les médecins se trouvent assez souvent sur la nature cancéreuse ou non des engorgements utérins ne vienne de ce qu'ils ne connaissent pas ces particularités, et qu'ils cherchent à porter le diagnostic uniquement d'après les signes fournis par le toucher et le spéculum.

Dans tout ce qui précède on a dû pressentir quelle est l'opinion que je me suis formée, en étudiant les faits, sur la *terminaison* de la maladie. Je dois dire que je n'ai pas trouvé un seul cas authentique de cancer dont le diagnostic fût positif, qui ne se soit terminé par la mort. Dans quelques cas d'opération sur lesquels je reviendrai à propos du traitement, la maladie a, il est vrai, paru arrêtée pendant quelque temps, et il en est où l'on ne peut pas dire que la guérison ne fût pas complète, parce que les malades ont été emportées, au bout de quelques mois, par une autre affection, ou parce qu'on les a perdues de vue; mais, quelque opinion qu'on se forme à ce sujet, la proposition précédente n'en est pas moins exacte; car il n'est ici question que de la tendance à la guérison par tout autre moyen que l'extirpation du cancer. Cette terminaison par la mort, inévitable, je le répète, hors peut-être les cas rares dont je viens de parler, peut être accélérée par les diverses complications que j'ai indiquées plus haut.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il est rare qu'on puisse examiner anatomiquement un cancer utérin à sa première période, et avant que la destruction des parties soit assez avancée, surtout du côté du col. Dans les cas convenablement décrits que j'ai eus sous les yeux, l'altération consistait en une induration plus ou moins grande des tissus, avec pâleur, homogénéité des portions tuméfiées, et résistance sous le scalpel. C'étaient, en un mot, les caractères bien connus du squirrhe. Nous savons cependant que dans plusieurs cas le cancer commence au contraire par un ramollissement; mais je ne connais pas de faits qui nous apprennent quel est l'état anatomique de l'organe en pareille circonstance, ce qui tient sans doute, outre la rareté des autopsies, à la rapidité avec laquelle le cancer s'ulcère en pareil cas.

A une époque plus avancée, les lésions sont bien connues, et c'est encore à

Bayle (1) que nous devons la description la plus exacte de ces lésions qu'il désigne sous le nom d'*ulcères de la matrice.* Il en reconnaît trois variétés :

« Dans la *première*, dit-il, la couche fongueuse est fuligineuse ou noirâtre et les parties qu'elle recouvre sont denses et d'un rouge livide, souvent parcourues, de même que les parties environnantes, par des vaisseaux sanguins plus ou moins développés et gorgés de sang noir. »

Il est fâcheux néanmoins que cette description ne soit pas un peu plus détaillée. Cette première variété de Bayle se rapporte à ce que les autres auteurs appellent cancer sanguin, fongueux, etc. ; or, dans un cas de ce genre que j'ai pu étudier attentivement, j'ai trouvé, après avoir fait macérer pendant quelques heures l'utérus pour le débarrasser du sang dont la surface de la lésion était imbibée, la base dense, et à la réunion de la portion saine et de la portion malade, un tissu morbide d'un blanc mat, dense, homogène, dans lequel on trouvait les principaux caractères du tissu squirrheux, et qui était semblable à ce tissu bleuâtre, brillant et homogène dont j'ai indiqué la constance dans le cancer de l'estomac (2). Il serait important que des recherches fussent faites dans le même sens, afin de s'assurer si ce tissu n'est pas, dans tous ou presque tous les organes, la matrice du cancer, s'il est permis de s'exprimer ainsi.

« Dans la *deuxième variété*, ajoute Bayle, la couche fongueuse est grise ou brunâtre. Les parties situées au-dessous sont assez denses, totalement privées de vaisseaux sanguins, ternes ou d'un blanc sale, et assez semblables à du lard.

« Dans la *troisième variété*, la couche fongueuse est blanchâtre ou cendrée, et les parties qu'elle recouvre sont médiocrement denses, très blanches, totalement privées de vaisseaux sanguins, et tout à fait semblables à du lard ; mais en exprimant, dans les endroits ainsi lésés, le tissu de la matrice, on en voit exsuder, par un très grand nombre de points, une matière purulente fort blanche et assez épaisse. »

Cette matière exprimée n'est autre chose que la production morbide à laquelle on a donné plus tard le nom de matière *encéphaloïde* infiltrée ; il faut aussi ajouter à cette description l'aspect particulier qui se montre assez souvent dans certaines tumeurs, et qui leur a fait donner le nom de masses encéphaloïdes.

Quant à la base des parties ulcérées, elle présente bien évidemment, dans ces deux dernières variétés admises par Bayle, le tissu particulier dont je parlais plus haut et qu'il est si important d'étudier.

Je pourrais facilement entrer dans d'autres détails, mais je n'aurais à indiquer que des particularités peu intéressantes ou qui ont été déjà signalées dans la description de l'examen au spéculum. La diversité des lésions, suivant les cas, dépend, en effet, presque uniquement de la plus ou moins grande étendue du mal, de la rapidité avec laquelle il a marché et envahi les parties voisines de l'utérus, etc.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Les détails qui précèdent ont rendu facile ce diagnostic, qui, si l'on n'avait égard aux particularités que nous avons indiquées, serait impossible dans un assez bon nombre de cas.

(1) *Journ. de méd.*, etc., par Corvisart, Leroux et Boyer, an XI.
(2) Voy. art. *Cancer de l'estomac*, t. II.

Les seules affections avec lesquelles on pourrait confondre le cancer de l'utérus sont la *métrite chronique*, la chute de la matrice, un polype de cet organe, et un ulcère simple ou vénérien.

De ces diagnostics le plus important est sans contredit celui qui consiste à distinguer la métrite chronique du cancer. Voici les signes différentiels à l'aide desquels on y parvient: La *métrite chronique*, qui succède parfois à une métrite aiguë, s'annonce par un écoulement muco-purulent, de la pesanteur, un gonflement ordinairement considérable du col et du corps, mais non par une hémorrhagie notable, comme cela a lieu dans presque tous les cas de cancer. Le gonflement du col est uniforme, ou, s'il est bosselé, c'est d'une manière particulière (1); dans le cancer, au contraire, le gonflement commence par un point et envahit le reste du col; il est remarquable par des bosselures irrégulières. Pendant un temps illimité, le gonflement de la métrite chronique persiste sans qu'il y ait rien de changé dans l'aspect de la tumeur; au bout d'un temps qui n'est pas ordinairement fort long et qui peut ne pas dépasser six mois, le cancer commence à se ramollir ou à s'ulcérer; alors il importe de le distinguer de l'ulcère simple ou vénérien, comme nous le ferons tout à l'heure.

L'écoulement, dans la métrite chronique, est, ainsi que je l'ai dit plus haut, muco-purulent; dans le cancer, il est d'abord formé d'un liquide ténu, roussâtre ou grisâtre; il présente ensuite une couleur rosée ou sanieuse, et a une odeur forte, pénétrante, particulière, qui ne se remarque pas dans l'écoulement de la métrite.

Nous avons vu aussi que, dans la plupart des cas, la muqueuse du col affecté de cancer non ulcéré est pâle, blafarde et lisse. Or, dans la métrite chronique, la muqueuse, participant à l'inflammation, est plus ou moins rouge et ordinairement grenue.

Enfin, lorsqu'il s'agit d'un cancer, l'état général est, dans l'immense majorité des cas, promptement détérioré et les signes de la cachexie cancéreuse se manifestent; les exceptions qu'on a citées ne peuvent infirmer cette règle. Dans la métrite chronique, au contraire, on ne voit survenir le dépérissement qu'après de longues souffrances, et encore ce dépérissement n'a-t-il rien de particulier et ressemble-t-il à l'épuisement de toutes les maladies chroniques.

La *présence d'un polype* dans l'utérus ne peut faire croire à l'existence d'un cancer que si la production morbide n'est pas appréciable par le toucher. Alors il y a des hémorrhagies abondantes et fréquentes qui jettent les malades dans l'anémie et l'épuisement; le corps de l'utérus paraît gonflé, il est lourd; on peut supposer l'existence d'un cancer du corps de l'organe. Mais d'abord il faut remarquer que le cancer de l'utérus, borné au corps de l'organe, est de beaucoup le plus rare, ce qui doit déjà inspirer des doutes. Ensuite, si l'on touche par le rectum, on trouve la matrice uniformément développée sans bosselures; l'anémie causée par un polype ne ressemble que très imparfaitement à la cachexie cancéreuse; et enfin on ne remarque pas, dans les matières excrétées, cette odeur particulière signalée plus haut.

La *chute de la matrice* est presque toujours accompagnée de métrite chronique,

(1) Voy. art. *Métrite chronique*.

et souvent même elle en est le résultat. Pour reconnaître l'inflammation chronique et la distinguer du cancer, on a les signes que j'ai exposés tout à l'heure, et en replaçant l'utérus à l'aide du toucher, on s'assure qu'il n'est pas devenu immobile, comme dans les cas où un cancer a envahi le col, une partie du corps et les parties voisines.

Il est ordinairement difficile de distinguer au premier abord certains *ulcères simples*, et surtout certains *ulcères vénériens*, de l'ulcère qui résulte de la désorganisation de la partie cancérée. Il ne faut pas oublier, quand il s'agit du diagnostic de l'ulcère simple, qu'il est ordinairement peu profond ; que ses bords ne sont ni durs ni élevés ; que la matière qui s'en écoule n'a pas la fétidité particulière de celle que produit l'ulcère cancéreux ; qu'enfin il n'en résulte pas cette débilitation spéciale, cette cachexie cancéreuse dont j'ai maintes fois parlé.

Quant à l'*ulcère vénérien*, c'est surtout d'après les renseignements qu'on doit chercher à le distinguer de l'ulcère cancéreux ; les caractères physiques seraient souvent insuffisants. L'état général, les traces de syphilis dans d'autres parties du corps, ou, d'autre part, l'existence d'un ou de plusieurs cancers dans d'autres organes, ne doivent pas être négligés. Mais souvent on en est réduit à se servir du traitement par le mercure ou l'iodure de potassium comme moyen de diagnostic. La promptitude avec laquelle disparaît l'ulcère vénérien fait bientôt cesser toute incertitude.

Tel est ce diagnostic différentiel. Il est impossible, dans l'état actuel de la science, de lui donner plus de précision. C'est encore un beau sujet de recherches, mais qui exige beaucoup de zèle et de patience, car les observations de ce genre sont longues à recueillir. Toutefois, il n'est pas douteux que si les faits sont observés avec toute l'exactitude nécessaire, on n'arrive aux résultats les plus précieux, car la partie affectée est accessible aux moyens d'exploration les plus directs.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du cancer de l'utérus non ulcéré et de la métrite chronique.*

CANCER NON ULCÉRÉ.	MÉTRITE CHRONIQUE.
Au début, une ou plusieurs *métrorrhagies* notables.	Au début, pesanteur, écoulement, difficulté des menstrues, mais *non métrorrhagie*.
Gonflement du col *irrégulier* ; bosselures *inégales*.	Gonflement du col *régulier* ; *rarement* bosselures régulières, dues à d'anciennes cicatrices de déchirures.
Couleur blafarde de la muqueuse, qui est *lisse* et *polie* dans les cancers non ulcérés.	Dans le plus grand nombre des cas, *rougeur* et *aspect grenu* de la muqueuse.
Au bout de peu de temps, *ulcération*, ou du moins *progrès* du mal qui gagne d'autres parties.	Le gonflement reste très longtemps *stationnaire*, ou augmente régulièrement dans les points primitivement envahis ; *pas d'ulcère*.
Écoulement *ichoreux*, sanguinolent ; *fétidité particulière*.	Écoulement *muco-purulent*, avec l'odeur qu'il présente dans les autres affections utérines.
Cachexie cancéreuse.	*Dépérissement* qui ne ressemble pas à la cachexie cancéreuse,

2° *Signes distinctifs du cancer ulcéré et de l'ulcère simple ou de l'ulcère vénérien de la matrice.*

a. CANCER ULCÉRÉ.	*a.* ULCÈRE SIMPLE.
Profond; bords *durs et élevés.*	*Superficiel;* bords *souples et peu élevés.*
Suppuration *sanieuse et fétide.*	Suppuration *sans caractères particuliers.*
Les parties du col sur lesquelles repose l'ulcère cancéreux sont *dures;* parfois, au contraire, *ramollies.*	Les parties du col sur lesquelles repose l'ulcère simple ont leur *consistance normale,* ou à peu près normale.
Signes généraux du cancer.	*Pas de signes généraux* du cancer.

b. CANCER ULCÉRÉ.	*b.* ULCÈRE SYPHILITIQUE.
Commémoratifs. Pas de chancre à une époque antérieure.	*Commémoratifs. Chancres* à une époque antérieure; surtout chancres indurés.
Pas de traces de syphilis dans les autres parties du corps.	Parfois *traces de syphilis* dans une autre partie du corps.
Signes généraux du cancer.	*Pas de signes généraux* du cancer.
Dans les cas douteux, *effets du traitement :* l'ulcère cancéreux est *peu ou point modifié* par le traitement antisyphilitique.	Dans les cas douteux, *effets du traitement :* l'ulcère vénérien est *promptement modifié* par le traitement antisyphilitique.

Je ne reproduis pas, dans ce tableau synoptique, le diagnostic différentiel du cancer avec le polype de l'utérus et de la chute de la matrice, parce que le peu de mots que j'en ai dits plus haut sont suffisants.

Pronostic. Il résulte de ce que nous avons dit à propos de la maladie, qu'il n'est pas d'affection plus grave que le cancer de l'utérus. Tous les cas où l'on a mis en usage le traitement interne et un traitement local autre que l'extirpation de la partie malade ont été mortels; car ceux qu'on a cités comme exemples de cancer guéri par ces moyens ne présentent pas les signes caractéristiques de cette affection. Quant à l'opération, a-t-elle de plus grands avantages? C'est ce que je discuterai un peu plus loin en parlant du traitement. A l'époque où l'amputation du col était en grand honneur, on regardait les cancers bornés à cette partie de l'organe comme infiniment moins graves que ceux qui se sont étendus au corps de l'utérus. Les premiers, seuls, en effet, permettent une opération qu'on croyait alors presque innocente, et à laquelle on attribuait de très nombreux succès. Aujourd'hui qu'une étude plus attentive des faits a prouvé que cette opération est beaucoup plus dangereuse qu'on ne le croyait, et qu'elle n'a pas les avantages qu'on lui attribuait, on ne peut plus partager complétement ces illusions. Il est certain néanmoins que le mal, borné à une partie accessible à nos agents directs, nous offre plus de chances d'en empêcher les progrès et d'adoucir les souffrances de la maladie; mais cela ne change rien au pronostic définitif. Le danger est seulement, toutes choses égales d'ailleurs, moins imminent. Mais s'ensuit-il qu'on doive regarder le cancer comme à tout jamais incurable, et qu'on ne doive plus chercher les moyens de procurer aux malades une guérison radicale? Non, sans doute. On doit à ce sujet garder la même réserve que pour les tubercules. Mais il n'y aurait aucun avantage à se faire illusion, et il faut que les praticiens éclairés sachent bien que personne n'a encore cité un seul cas de cancer de l'utérus, même commençant (le diagnostic ne présentant aucun doute), qui ait été guéri par les nombreux traitements, spécifiques ou non, préconisés jusqu'à présent. Le traitement curatif, s'il est possible, est encore à trouver.

§ VII. — Traitement.

Le traitement du cancer, bien que ne pouvant être que palliatif, mérite néanmoins d'être exposé avec quelques détails. Cette affection est si terrible, elle détermine parfois de si atroces douleurs, qu'il est très important de connaître les moyens qui peuvent apporter du soulagement et rendre supportable l'existence.

1° *Traitement de la première période.* Ainsi que je l'ai fait remarquer, beaucoup d'auteurs ont regardé comme appartenant à la même maladie l'engorgement dû à l'inflammation chronique et celui qui résulte du cancer. Aussi, dans les descriptions qu'ils nous ont laissées, ont-ils exposé d'une manière générale le traitement de ces affections diverses. Or ce traitement n'est autre que celui que j'ai exposé dans l'histoire de la métrite chronique (1). Si ce traitement réussit, on dit ou qu'on a guéri un squirrhe, ou du moins qu'on a prévenu un cancer. S'il ne guérit pas, on attribue ce non-succès à l'emploi trop tardif des moyens thérapeutiques qui le composent. Les considérations que j'ai présentées dans le cours de cet article ont fait voir que de cette mànière on ne peut pas arriver à la vérité.

Pour moi donc je me bornerai à dire que si ce traitement des engorgements de l'utérus (saignée; émollients; narcotiques; iode; mercuriaux) a des avantages lorsque l'engorgement est cancéreux, c'est comme palliatif; et quant à l'application de ces divers moyens, elle est réglée d'après les symptômes observés et l'état général.

Ainsi la *saignée*, les *sangsues*, les *ventouses scarifiées*, sont prescrites dans les cas où les signes d'engorgement sanguin, des troubles de la menstruation, un état pléthorique, viennent se joindre aux signes locaux du cancer.

Dans les mêmes circonstances, et lorsque l'utérus offre une sensibilité exaltée, on a recours aux émollients, aux bains, aux injections narcotiques, etc., comme dans la métrite chronique. Le *régime*, le *repos*, complètent ce traitement, qui doit être plus actif lorsqu'une inflammation des parties voisines du mal vient à se manifester.

Les *vomitifs* et les *purgatifs* ne sont utiles que pour combattre, dans quelques circonstances, les symptômes de l'embarras gastrique, ou pour entretenir la liberté du ventre, ce qui est souvent nécessaire.

Les *narcotiques à l'intérieur* sont opposés aux douleurs vives qui causent fréquemment l'insomnie; mais c'est surtout dans le traitement de la deuxième période que ces moyens sont de la plus grande utilité. J'y reviendrai.

La *ciguë* a joui, comme on sait, d'une grande réputation contre les divers cancers. On n'a pas manqué de l'administrer dans les cas de cancer de l'utérus; mais, comme pour la même maladie ayant son siége dans d'autres organes, les cas de guérison sont trop douteux pour qu'on regarde cette substance comme ayant plus d'efficacité que les palliatifs ordinaires. Il faut augmenter graduellement la dose de ce médicament. Ainsi on prescrira de 5 à 30, 40 centigrammes d'extrait, que les malades supportent très bien, pourvu que la progression ne soit pas trop brusque. On doit néanmoins, dans cette administration, surveiller l'état des malades et

(1) Voy. art. *Métrite chronique.*

s'arrêter s'il paraît quelques troubles fonctionnels qu'on puisse attribuer au médicament.

Les remèdes auxquels on a donné les noms de *résolutifs*, *fondants*, *désobstruants*, sont également mis en usage de la même manière que dans la métrite chronique (1). Parmi eux, les plus importants sont les *mercuriaux*, l'*iode*, les *préparations d'or* (2).

Enfin on a recours aux *révulsifs* et aux *dérivatifs*, dans les cas où l'on voit apparaître un certain degré d'irritation.

On comprendra facilement pourquoi j'insiste si peu sur ces moyens, dont j'ai indiqué l'emploi ailleurs avec détail, et qui, quoi qu'on en ait dit, n'ont d'autre effet que de combattre des symptômes; effet qui néanmoins ne doit pas être négligé, car les symptômes secondaires, s'ils ne sont pas combattus à propos, peuvent ajouter à la gravité de la maladie et en accélérer la marche.

2° *Traitement de la deuxième période*. On doit d'abord, dans cette période, insister fortement sur les moyens qui viennent d'être indiqués. L'emploi des *narcotiques* est surtout indispensable, parce que c'est alors principalement que les douleurs sont vives et parfois intolérables. L'*opium*, les *sels de morphine* sont d'un très grand secours. On doit élever progressivement les doses, sans crainte de produire le narcotisme, mais toutefois en veillant à ce qu'il ne soit pas poussé trop loin. On a pu ainsi faire prendre jusqu'à 30, 40 centigrammes d'opium, et plus encore, sans en observer de fâcheux résultats. L'emploi des *sels de morphine par la méthode endermique* a de très heureux effets. M. Duparcque cite un cas dans lequel des douleurs vives furent calmées et ne reparurent plus dès qu'on fit absorber chaque jour 0,10 grammes d'*acétate de morphine* par la peau dénudée à l'aide d'un vésicatoire. Les *injections narcotiques* sont aussi très utiles. On prescrit une injection avec une infusion de morelle à laquelle on ajoute 1, 2 ou 3 grammes de *laudanum*. Mais c'en est assez sur ces médicaments connus de tout le monde.

En même temps on a recours à des moyens plus directs, qui sont les *moyens chirurgicaux*, et d'abord *la cautérisation*. Dans le plus grand nombre des cas, la cautérisation légère avec le *nitrate d'argent* est tout à fait insuffisante. La cautérisation avec les *acides* a l'inconvénient d'être difficilement bornée. Reste la cautérisation avec les caustiques solides et le fer rouge.

Cautérisation. Parmi les caustiques solides, il n'en est pas qui soient plus facilement employés que le *caustique de Vienne*, *solidifié* d'après le procédé de M. Filhos. On le met principalement en usage dans les cas où il existe un ulcère sordide. Il faut renouveler l'application jusqu'à ce que l'on ait atteint les limites du mal, et souvent ainsi on est arrivé à détruire presque entièrement le col de l'utérus.

M. Jobert emploie de préférence le *cautère actuel*. Il introduit un *spéculum plein en ivoire* pour protéger les parties; puis, à l'aide d'un cautère terminé en bouton et rougi à blanc, il touche la partie malade. Par ce moyen, il est parvenu à arrêter les hémorrhagies causées par les fongosités, et à détruire les parties cancérées sans causer aucune douleur, ce qui était prévu, car ce chirurgien a démon-

(1) Voy. article *Métrite chron.* (Traitement).
(2) *Ibid.*

tré anatomiquement que le col de l'utérus est privé de nerfs. D'autres médecins se servent pour ces cautérisations du spéculum plein ordinaire, sans avoir observé aucun accident.

Quelle est la valeur réelle de ces cautérisations ? Il n'est aucun fait authentique qui prouve qu'elles aient procuré la guérison complète du cancer confirmé. Mais en détruisant les parties malades, elles peuvent arrêter pendant un temps plus ou moins long les progrès du mal ; elles font cesser les douleurs vives, elles suppriment ou diminuent l'écoulement fétide, et, à ces divers titres, elles doivent être recommandées. C'est au médecin à voir si le mal est encore suffisamment borné pour qu'elles aient quelque chance de succès.

Il est encore, contre l'écoulement fétide, un moyen qui ne doit pas être négligé ; il consiste dans les *injections désinfectantes*, et principalement dans les *injections chlorurées*. Les malades doivent, du reste, être tenues dans le plus parfait état de propreté.

Opérations. Il y a quelques années, les opérations pratiquées pour enlever soit le col de l'utérus, soit cet organe tout entier, étaient pour ainsi dire à la mode, et occupaient une grande place dans le traitement chirurgical des affections utérines. Aujourd'hui on n'entend plus parler de ces opérations, et les chirurgiens qui les ont le plus prônées sont de la plus grande prudence sur ce point. C'est que l'expérience nous a appris combien elles sont dangereuses et combien leurs bons effets sont hypothétiques.

Je ne crois pas devoir m'étendre sur ce sujet, qui est longuement traité dans les ouvrages de chirurgie. Je dirai seulement que les relevés exacts des faits ont démontré : 1° que l'amputation du col de l'utérus est beaucoup plus dangereuse qu'on ne l'avait dit ; 2° que les femmes qui avaient été regardées comme guéries après cette amputation ont succombé presque toutes peu de temps après ; 3° que celles qui ont survécu avaient été opérées pour une affection autre que le cancer et qui aurait très bien été guérie par les moyens ordinaires ; 4° que l'*extirpation de la matrice* est, dans la grande majorité des cas, une opération très promptement mortelle ; 5° que dans le petit nombre de cas où cette extirpation n'a pas entraîné la mort, les femmes n'ont eu que quelques mois d'une vie misérable, de telle sorte qu'on doit presque déplorer la demi-réussite de ces cas qui a motivé tant d'opérations mortelles. Il résulte de tout cela qu'un médecin prudent doit s'abstenir de ces opérations, et que quand même elles ne seraient pas entièrement du domaine de la chirurgie, il n'y aurait pas lieu de les décrire ici.

Il serait inutile de résumer ce traitement, et les cas sont trop divers pour que des ordonnances soient utiles.

ARTICLE X.

PHYSOMÉTRIE.

Je ne crois pas devoir entrer dans de grands détails sur cette affection, très rare dans l'état de vacuité de l'utérus, et peu fréquente pendant la grossesse fausse ou vraie, ou après l'accouchement.

La physométrie consiste dans une accumulation plus ou moins considérable de gaz dans la matrice ; on lui a donné quelquefois les noms de *grossesse venteuse* et de *tympanite utérine*.

Parmi les *causes* de cette affection, les principales se trouvent dans certaines circonstances de la gestation ou de l'accouchement. Ainsi un fœtus mort dans la matrice venant à se putréfier, il se dégage des gaz fétides qui distendent l'organe. Le même effet peut être produit par une *môle* et par le séjour d'un *fragment du placenta* dans la cavité utérine. Après l'accouchement, un caillot venant à s'opposer à l'écoulement des lochies, il y a décomposition du liquide et physométrie. Dans l'état de vacuité, l'occlusion de l'utérus par un *polype*, par l'*adhésion des lèvres du col*, et même, suivant quelques auteurs, par un *pessaire* ou par tout autre tampon, peut retenir des liquides qui dégagent des gaz et causent la tympanite utérine. Enfin on a vu des cas où cette tympanite s'est manifestée chez des femmes *hystériques*, sans qu'il y eût aucun obstacle au col. Mauriceau, Delamotte, Baudelocque, Franck (1), Duparcque, Lisfranc, etc., ont cité des exemples de ces diverses espèces.

Symptômes. La tympanite utérine se manifeste ordinairement avec une grande rapidité. Les symptômes sont un peu différents, suivant qu'il n'y a que des gaz accumulés dans la matrice, que la tympanite est *sèche*, ou suivant qu'il y a des gaz et des liquides. Dans le premier cas, on n'observe pas de *douleur* considérable : il y a un sentiment de plénitude dans le bassin et dans l'abdomen, et la pression sur la tumeur développe un peu de sensibilité.

La *tumeur* est globuleuse ; elle s'élève parfois jusqu'à l'ombilic et au-dessus, mais ordinairement elle ne dépasse pas le volume de l'utérus au troisième ou quatrième mois de la grossesse. Par la *palpation*, on sent sa partie supérieure arrondie, rénitente, et l'on suit cette rénitence jusqu'aux pubis.

La *percussion* est très utile en pareil cas. Par elle on obtient un son tympanique dans une étendue dont la ligne supérieure est une limite courbe à convexité supérieure correspondant au fond de l'utérus.

Par le *toucher vaginal*, on recherche si le col, qui est assez élevé, ne présente pas d'altération, et l'on reconnaît l'existence de l'obstacle qui empêche les gaz de s'échapper. Par le *toucher rectal*, on sent le corps dilaté, globuleux et élastique. Par ces deux moyens, on reconnaît, en cherchant à soulever l'utérus, qu'il a une *pesanteur spécifique* beaucoup moindre qu'à l'état normal, et que son poids n'est nullement en rapport avec son volume.

Sauf la gêne que fait nécessairement éprouver l'augmentation de volume de l'utérus, et en particulier la *dyspnée*, les femmes affectées de tympanite utérine sèche n'éprouvent quelquefois aucune incommodité. Chez quelques unes, au contraire, il survient du dégoût des aliments, des appétits bizarres, des vomissements ; et comme la physométrie coïncide ordinairement avec la *suppression des règles*, il en résulte que les femmes, en pareil cas, se croient grosses, et que, la tympanite faisant des progrès, elles suivent pendant deux, trois, et même cinq ou six mois les progrès de leur grossesse, jusqu'à ce que l'expulsion des gaz vienne faire connaître la nature de la tumeur.

Lorsque le développement des gaz est très rapide, il peut en résulter du malaise, et même un *mouvement fébrile* assez notable ; mais ces symptômes généraux se montrent bien plus fréquemment dans les cas où il y a à la fois accumulation de gaz et de liquide.

(1) *Traité de médecine pratique*. Paris, 1842, t. II, p. 20.

Souvent le développement de gaz, après s'être produit rapidement, continue à se faire d'une manière plus lente, sans qu'il y ait aucune expulsion de ce produit morbide. Dans quelques cas, au contraire, il y a, à des intervalles variables, *expulsion bruyante de gaz par le vagin*, et les malades se sentent soulagées jusqu'à ce qu'une nouvelle quantité de gaz soit venue remplacer celle qui a été expulsée. Dans d'autres circonstances, l'utérus *se vide rapidement, avec explosion*, pour se remplir de nouveau de fluides gazeux. C'est ce qu'on observe principalement chez les femmes hystériques. Dans les cas de tympanite utérine sèche, les gaz qui s'échappent sont presque toujours *inodores*.

Lorsque avec l'accumulation de gaz il y a accumulation d'une certaine quantité de liquide, la *douleur* peut être beaucoup plus vive, parce que l'utérus est plus ou moins violemment irrité. Lisfranc a cité un cas où la douleur s'irradiait dans l'abdomen, les lombes et les cuisses. C'est surtout alors que les femmes peuvent croire à une grossesse franche; nous avons vu, en effet, qu'en pareil cas il y a dans l'utérus une *môle*, ou même un *fœtus mort et décomposé*.

S'il s'échappe une certaine quantité de gaz, on en remarque la *fétidité* extrême, et parfois aussi il sort en même temps une petite quantité de liquide brunâtre et également très fétide.

La *percussion* et la *palpation* donnent les mêmes signes que dans le cas précédent; mais on en obtient un nouveau en faisant exécuter à la malade des mouvements brusques. On entend, en effet, un *glouglou*, un *gargouillement*, qui indiquent le déplacement du liquide dans un fluide gazeux.

Il n'est pas rare, dans cette espèce de tympanite utérine, de voir se manifester un *mouvement fébrile* assez intense; il était très notable dans le cas cité par Lisfranc.

Lorsque cette tympanite se produit après l'accouchement, le développement des gaz est ordinairement très rapide, et les parois de l'utérus étant très flasques, il en résulte une tumeur très considérable. Le *toucher vaginal* fait souvent, en pareil cas, reconnaître la présence d'un caillot qui oblitère le col.

La *marche* de la maladie est, ai-je dit, ordinairement rapide dans les premiers temps. Plus tard l'accumulation de gaz se fait avec lenteur, ou bien la maladie reste stationnaire. On voit des cas où les gaz s'accumulant peu à peu, la matrice se développe comme dans la grossesse, et c'est dans ces cas qu'ont eu lieu les erreurs qui ont tout fait préparer pour l'accouchement. J'ai déjà parlé de ces accumulations et de ces expulsions de gaz qui ont lieu à des intervalles plus ou moins longs.

La *durée* de cette affection est très variable. Parfois l'accumulation se fait en quelques heures et l'expulsion suit de près; d'autres fois la tympanite utérine dure plusieurs mois, et même jusqu'aux dernières limites de la grossesse. On n'a pas cité de cas de *terminaison* fâcheuse.

Le *diagnostic* de la tympanite utérine ne présente pas de difficultés sérieuses, surtout lorsque l'affection s'est développée rapidement. J'ai dit néanmoins plus haut qu'on avait cité un assez grand nombre de cas où l'on a cru à l'existence d'une grossesse; mais l'erreur de diagnostic a été rarement commise par le médecin, et lorsqu'il en a été ainsi, c'est que l'examen a été trop superficiel.

La physométrie, dans l'état de vacuité, se distingue de la *grossesse*, de l'*hydro-*

métrie, de l'*engorgement du corps de l'utérus*, par le son tympanique qu'elle donne à la percussion. Ce caractère est suffisant.

Mais dans un bon nombre de cas il y a eu grossesse véritable ; il s'agit alors de déterminer si la tympanite, qui est le résultat de la mort et de la décomposition du fœtus, existe réellement. Le son tympanique est encore un signe d'une grande utilité ; on peut aussi produire le bruit d'un liquide se mouvant dans des gaz, en imprimant des secousses brusques à la malade ; le fœtus a cessé de faire des mouvements, et enfin il est survenu les symptômes généraux décrits plus haut. Les mêmes caractères, sauf l'abolition des mouvements du fœtus, servent à faire reconnaître la tympanite, qui se montre dans un cas de *môle utérine.*

Après l'accouchement, la tympanite utérine se produit ordinairement avec beaucoup de rapidité. Le son tympanique est encore ici le meilleur moyen de distinguer la maladie de tout autre développement de l'utérus, et principalement de l'*hémorrhagie interne* qui peut se développer dans les mêmes circonstances.

Traitement. Le traitement de la physométrie est fort simple. S'agit-il d'une de ces *tympanites utérines sèches qui surviennent chez les femmes hystériques*, on administre à l'intérieur les *antispasmodiques*, et principalement le *camphre* et l'*éther.* On prescrit des *bains ;* des *injections émollientes*, *narcotiques ;* des *fumigations* vers le vagin ; des onctions sur le col avec l'*extrait de belladone ;* et enfin une *pression méthodique* sur la tumeur, pour aider l'utérus à expulser les gaz qui le distendent.

Il n'est pas rare de voir la maladie résister pendant assez longtemps à ces moyens, et puis tout à coup l'utérus se débarrasser lui-même en peu d'instants de tous les gaz qu'il contenait.

Lorsqu'il existe à l'orifice du col un corps étranger qui s'oppose à la sortie des gaz et du liquide enfermés dans l'utérus, l'indication est toute simple : on extirpe le *polype*, on extrait le *caillot*, on enlève le pessaire, etc.

S'il y a dans l'utérus un *fœtus mort*, une *môle* décomposée, un *fragment de placenta*, il faut chercher à les extraire. Dans les deux premiers cas, on peut pratiquer la *dilatation artificielle du col*, et l'on donne en même temps des *toniques* et surtout du *seigle ergoté* (de 2 à 4 grammes) pour vaincre l'inertie de l'utérus. Lorsque c'est le placenta qui est resté dans l'utérus, on peut en favoriser l'expulsion par des injections avec de l'eau froide ou chargée d'une substance légèrement irritante dans l'intérieur de l'utérus. Mais il faut être très sobre de ce moyen, et ne l'employer que dans les cas où il survient des symptômes graves. Quelques auteurs ont posé en principe que ces injections doivent être faites, dans tous les cas, immédiatement après l'expulsion des gaz et du liquide. Mais les vives inflammations de l'utérus qu'elles ont causées ont engagé les praticiens prudents à y renoncer. Après l'expulsion des gaz, on établit une *compression* méthodique de l'abdomen, dans le but d'empêcher la matrice de se laisser distendre de nouveau.

Enfin, si, par une circonstance quelconque, on voyait survenir une inflammation de l'utérus, il faudrait lui opposer le traitement indiqué à l'article *Métrite aiguë.*

ARTICLE XI.

HYDROMÉTRIE.

L'hydrométrie est une maladie fort rare, comme la précédente, et sur laquelle il est également inutile de s'étendre longuement.

On donne le nom d'*hydrométrie* à toute collection de liquide retenue dans la cavité utérine hors de l'état de grossesse, et même à la surabondance du liquide amniotique chez les femmes grosses; mais ces dénominations sont impropres. Des collections de mucosités, de pus, de sang altéré, ne sauraient être regardées comme des hydropisies, et la surabondance du liquide amniotique doit être considérée à part sous le nom d'*hydramnios* que lui donne Dugès. Je ne dois m'occuper dans cet article que de l'hydrométrie dans l'état de vacuité de l'utérus.

Il serait par conséquent convenable de séparer l'hydropisie vraie de la matrice des autres collections de liquide, et c'est ce que l'on fera sans doute quand les affections de l'utérus auront été étudiées mieux qu'elles ne l'ont été jusqu'à présent. Mais les faits nous manquent; et, forcé de suivre l'usage établi, nous devons nous contenter de signaler cette lacune de la science.

Causes. On sait très peu de chose sur les causes de l'hydrométrie. On a bien parlé de la *débilité de la constitution*, de la *ménorrhagie*, etc., etc., mais on ne saurait attacher aucune importance aux opinions des auteurs à ce sujet. Ce qui résulte de plus positif du petit nombre d'observations passables que nous possédons, c'est que pour que l'hydrométrie se produise, il faut d'*une part*, une certaine irritation des parois de l'utérus, *occasionnée* soit par une *maladie organique* (cancer, ulcérations), soit par une *violence extérieure* (coups, chutes), ou bien développée *spontanément;* et, *d'autre part*, l'occlusion du col de l'utérus par du *mucus épais*, concret, par une *cicatrice* qui a rétréci l'ouverture, par une *adhérence des lèvres*, par une *antéflexion* suivant Kiwisch. Or, comme ce concours de circonstances doit nécessairement se montrer rarement, nous comprenons pourquoi l'hydrométrie est elle-même si rare.

Symptômes. L'hydrométrie se forme presque toujours avec lenteur, et détermine peu ou point de douleur. Les malades se plaignent seulement d'un sentiment de plénitude et de *pesanteur* considérable dans le bassin et vers le siége; il y a aussi quelques *tiraillements* vers les lombes et les aines.

On trouve à l'hypogastre une *tumeur* d'autant plus volumineuse en général, et s'élevant d'autant plus haut, que l'affection est plus ancienne. Cette tumeur présente la même forme que celle de la physométrie; mais elle donne un son mat à la *percussion*, et le son clair de l'intestin qui se fait entendre autour d'elle sert à faire reconnaître le siége de l'affection. Il n'est pas toujours très facile de produire la *fluctuation*, surtout lorsque l'utérus est altéré. Dans quelques cas, au contraire, ce signe est aisément obtenu.

Par le *toucher vaginal*, on s'assure que le col est remonté dans le bassin, et que le corps de l'utérus est distendu et *lourd*. Par le *toucher rectal*, on constate encore mieux l'existence de ces deux derniers signes.

Lorsque l'hydrométrie est simple, sans lésions de l'utérus, on n'observe pas de

symptômes généraux. Dans le cas contraire, c'est à ces lésions plus ou moins graves qu'il faut attribuer ces symptômes.

La *marche* de la maladie est ordinairement continue. Cependant, et le docteur Browne en a rapporté un exemple cité par Itard (1) et par madame Boivin et Dugès (2), la maladie peut consister dans des rétentions et des évacuations *alternatives* d'abondantes sérosités.

La *durée* est variable; elle est ordinairement assez longue. Elle peut égaler celle de la grossesse et la surpasser, ce qui a donné lieu maintes fois à des erreurs semblables à celles que j'ai signalées à propos de la *physométrie*.

La *terminaison* est favorable lorsqu'il s'agit de l'hydrométrie simple. Parfois, tout à coup, soit dans le repos et par le simple effet des contractions de l'utérus, soit dans un mouvement brusque, surtout pour se baisser, le liquide accumulé s'échappe par flots, et toute trace de la maladie disparaît. Parfois aussi on a vu des douleurs croissantes expulsives, semblables à celles de l'accouchement, précéder l'évacuation du liquide, ce qui a contribué à maintenir jusqu'à la fin les malades dans l'erreur. Lorsqu'il existe une lésion organique dont l'hydrométrie n'est qu'une conséquence, on ne saurait attribuer à celle-ci une grande part dans la terminaison fatale.

Le *liquide évacué* est séreux ou muco-séreux, incolore ou blanchâtre et inodore, lorsqu'il s'agit d'une hydrométrie simple. Lorsqu'il y a une lésion plus ou moins grave, on trouve soit du pus, soit une sanie fétide, etc., suivant les cas.

Diagnostic. La matité de la tumeur empêche de la confondre avec celle qui résulte de la *physométrie*. On ne saurait confondre l'hydrométrie avec une *ascite*, puisque dans celle-ci le niveau du liquide reconnu par la percussion suit une ligne courbe à concavité supérieure, que les flancs et les fosses iliaques présentent un son mat, et qu'en faisant varier la position de la malade, on change le niveau du liquide.

La longue durée de l'affection, l'état normal de la sécrétion et de l'excrétion de l'urine, et, comme dernière épreuve, le cathétérisme, suffisent pour faire distinguer l'hydrométrie de la *rétention d'urine*.

D'après ce que j'ai dit plus haut, le *pronostic* ne peut être fâcheux que dans les cas où il existe une affection organique de l'utérus ; mais cette gravité du pronostic étant indépendante de l'hydrométrie elle-même, il serait inutile de s'y arrêter.

Traitement. Le traitement de cette maladie n'a pas été établi sur des bases solides. Les auteurs ont, sous ce rapport, confondu dans leur description ce qu'il faut faire dans des cas fort divers; aussi leurs articles sont-ils pleins de vague et d'incertitude.

Le plus souvent, l'hydropisie simple de la matrice se termine favorablement par l'évacuation spontanée du liquide. On a conseillé, pour favoriser cette évacuation, de ramollir le col par des injections, des bains, etc.; mais a-t-on réussi par ce moyen ?

L'expulsion du liquide ayant ordinairement lieu dans un effort, dans un mouvement brusque, dans l'action de se baisser, etc., on a conseillé (Monro, Astruc) les *sternutatoires*, les *vomitifs*, les *violents purgatifs :* mais il n'est pas démon-

(1) *Dict. des sciences méd.*
(2) *Traité des maladies de l'utérus.* Paris, 1833, t. I, p. 257.

tré par l'expérience que ces moyens aient les avantages qu'on leur a supposés, et ils pourraient avoir des inconvénients faciles à concevoir.

S'il s'agit d'une constriction du col de l'utérus, on doit recourir aux *narcotiques*, et principalement à la *belladone* en frictions sur le col et sur l'hypogastre.

Si l'ouverture du col de l'utérus est obstruée, on cherche à *enlever l'obstacle* avec le doigt, à l'aide d'un stylet, d'une sonde ; par des injections portées jusque sur l'ouverture du museau de tanche. On a quelquefois réussi de cette manière à rendre libre le canal et à procurer l'évacuation du liquide. Après cette évacuation, on doit veiller à ce qu'un nouvel obstacle ne se forme pas.

Si c'était un polype qui empêchât le liquide de s'échapper, il faudrait l'extirper, ou, s'il y avait contre-indication à cette opération, introduire une *sonde plate* entre lui et les parois utérines jusque dans la collection séreuse.

S'il y a simple étroitesse du col, on peut le *dilater* en y introduisant un petit cône d'*éponge préparée*, ou une sonde de caoutchouc armée d'un mandrin qu'on fait pénétrer avec précaution.

Enfin *s'il y a occlusion complète du col*, par adhésion de ses lèvres, et si l'hydrométrie cause des accidents graves, on a recours à la *ponction*. Wirer fit avec succès la *ponction hypogastrique*, à l'aide de laquelle il fit l'extraction de plus de 26 kilogrammes d'un liquide épais, noirâtre et sanguinolent. D'autres auteurs ont proposé la *ponction du col au fond du vagin ;* mais on n'a pas bien établi l'utilité de cette opération, et M. Cruveilhier a cité un fait dans lequel cette ponction a été suivie de mort.

Lorsque, par un des moyens précédents, on a évacué le liquide, il faut établir sur l'abdomen une *compression* qui s'oppose à ce que la collection se reproduise. On insiste en même temps sur les injections et les bains. Parfois on est forcé d'introduire chaque jour la sonde dans le col, jusqu'à guérison complète, et quelques médecins proposent même de laisser une sonde à demeure, tandis que d'autres craignent, en agissant ainsi, de produire une irritation fâcheuse de l'utérus.

Je viens d'indiquer ce que l'on propose de faire ; mais je n'ai pu dissimuler l'insuffisance des documents fournis par les auteurs sur le traitement de l'affection, aussi bien que sur les autres points de son histoire.

ARTICLE XII.

RUPTURE DE L'UTÉRUS.

La rupture de l'utérus ne s'opère presque jamais que pendant l'accouchement ; c'est donc principalement aux *traités d'obstétrique* qu'il faut demander de grands détails sur ce redoutable accident, et c'est aussi pourquoi j'insisterai peu sur sa description.

Causes. Nous venons de voir que la rupture de l'utérus se produit presque toujours pendant l'accouchement ; mais il faut, pour qu'elle ait lieu, quelques circonstances particulières. S'il existe des *vices de conformation* du bassin qui s'opposent énergiquement et longtemps à la sortie du fœtus, les femmes sont exposées à la rupture de l'organe ; il en est de même si l'utérus est *aminci* par une trop grande quantité d'eau qui le distend, par plusieurs fœtus, etc. Dans certaines circonstances, il survient une inflammation avec *ramollissement* d'une plus ou moins

grande étendue des parois utérines, et la partie ramollie cède dans une contraction de l'organe ; d'autres fois l'utérus est altéré, *désorganisé* par une lésion chronique profonde ; il suffit, en un mot, que par une cause quelconque les parois de l'utérus offrent un point faible, pour que dans ce point l'organe cède à la pression du fœtus qui passe dans la cavité péritonéale.

Dans l'*état de vacuité* il faut qu'il y ait préalablement *distension de l'utérus par un liquide;* on en a cité trois exemples: dans deux, la matrice était distendue par une collection sanguine.

Une *violence extérieure* a quelquefois produit le même effet que les contractions utérines dont nous venons de parler; cette cause peut agir dans l'état de vacuité aussi bien que dans l'état de grossesse. Il suffit, pour qu'elle produise la rupture, que l'utérus soit considérablement distendu soit par un corps solide, soit surtout par un liquide.

Symptômes. Les symptômes de cette rupture sont ceux que nous avons déjà plusieurs fois décrits à propos des déchirures des divers organes creux, avec passage dans le péritoine, du liquide qu'ils contenaient. Il y a néanmoins quelques modifications qui dépendent et des circonstances dans lesquelles se produit l'accident, et de l'étendue de la solution de continuité qui s'est opérée dans la matrice.

La rupture est-elle survenue pendant l'accouchement? elle peut être trop peu étendue pour permettre le passage du fœtus dans l'abdomen, ou, au contraire, avoir permis ce passage. *Dans le premier cas*, il y a quelque chose de semblable à ce que nous avons observé dans les *ruptures de la rate*. D'abord une *douleur vive*, une *anxiété extrême*, une *sensation de chaleur* qui se répand dans l'abdomen; puis diminution de la douleur, et apparition de syncopes, d'horripilations, d'une sueur froide, en un mot, des symptômes d'une hémorrhagie interne qui emporte les malades sans laisser de traces d'inflammation dans le péritoine. Si néanmoins l'hémorrhagie n'est pas très abondante, la péritonite peut survenir et causer promptement la mort, avec les souffrances et les autres symptômes qui lui sont propres (1).

Cette péritonite suraiguë survient presque constamment *dans le deuxième cas*, c'est-à-dire lorsque le fœtus a passé dans la cavité péritonéale. Une *douleur déchirante*, accompagnée quelquefois d'un *bruit de craquement* perçu par la malade, et *survenue tout à coup*, annonce l'accident. Puis apparaissent les phénomènes d'hémorrhagie interne et de péritonite, et le sujet peut être enlevé en peu d'heures.

On a cité néanmoins un certain nombre de cas de guérison. Si la rupture est peu étendue ou incomplète, l'hémorrhagie peut parfois être arrêtée ; la péritonite est alors beaucoup plus facilement prévenue que dans les cas où un liquide âcre et irritant est versé dans le péritoine, et la malade se rétablit après des souffrances plus ou moins longues.

Cette *terminaison* heureuse a été observée même dans des cas où l'œuf avait passé dans la cavité péritonéale. Les premiers accidents s'étant calmés, on observe les phénomènes d'une grossesse extra-utérine; il se forme un kyste, et la malade peut vivre ainsi de longues années. On a même, dans quelques cas rares, vu les kystes se

(1) Voy. t. III, *Péritonite aiguë*.

vider dans l'intestin et même au dehors, et la maladie se terminer ainsi d'une manière favorable.

La rupture qui a lieu *dans l'état de vacuité* paraît, chose singulière au premier abord, plus grave que celle qui se produit dans la grossesse ; du moins les cas de ce genre qui ont été cités se sont tous terminés par la mort. Cela tient, selon toutes les probabilités, à ce que le liquide qui s'est épanché dans le péritoine, ayant des qualités irritantes analogues à celles du liquide versé par les perforations intestinales, a produit plus facilement la *péritonite suraiguë* si fréquemment mortelle.

Lésions. On trouve, après la mort, l'utérus divisé irrégulièrement dans une étendue très variable. Les bords de la division sont lacérés, ordinairement noirâtres, infiltrés de sang, couverts de matière purulente lorsque la femme a survécu quelque temps, ramollis ordinairement, ou présentant les altérations propres à la gangrène, au cancer, etc. Dans le péritoine on trouve un épanchement de sang parfois extrêmement considérable, et ordinairement une partie de l'eau de l'amnios et le fœtus. Des traces d'inflammation péritonéale (suppuration, fausses membranes) se rencontrent aussi lorsque la malade n'a pas été emportée assez rapidement pour que la péritonite n'ait pas eu le temps de se produire.

Diagnostic. Si la déchirure est incomplète, on en soupçonne l'existence à l'apparition subite des douleurs et à l'état de vive anxiété de la malade ; mais ces signes ne peuvent fournir une certitude complète. Si l'hémorrhagie est très considérable, les résultats de la percussion, joints aux symptômes propres à l'hémorrhagie interne, viendront éclairer le médecin.

Lorsque la rupture est complète, il y a encore une distinction à faire : ou bien le contenu de la matrice a passé dans le péritoine, ou bien il ne s'est épanché qu'une petite quantité de liquide, le fœtus et ses annexes restant dans la cavité utérine. Dans ce dernier cas, le diagnostic est tout aussi peu certain que dans ceux où la rupture est incomplète, et c'est surtout sur l'apparition subite des accidents qu'il faut fixer son attention.

Lorsque le fœtus a passé dans la cavité utérine, le diagnostic n'est plus douteux. La région hypogastrique s'affaisse, et l'on trouve au contraire dans l'abdomen une tumeur qu'à sa forme on reconnaît pour être le fœtus. En pareil cas, le toucher rectal peut être utile.

L'affaissement de la région hypogastrique et la matité qui existe dans les flancs servent, avec les symptômes décrits plus haut, à faire reconnaître le passage du liquide de l'utérus dans le péritoine par suite de la rupture de cet organe hors de l'état de grossesse.

Je n'ai pas besoin de dire que le *pronostic* doit être considéré comme excessivement grave, et que les cas de guérison cités plus haut ne sont que d'heureuses exceptions.

Traitement. Le traitement, lorsqu'il s'agit d'une rupture incomplète qui détermine une hémorrhagie intense, doit être d'abord celui qu'on oppose à toutes les hémorrhagies abondantes (repos, froid, etc.) ; puis il importe de *hâter l'accouchement* par des moyens que je n'ai pas à décrire ici ; puis enfin il faut combattre les symptômes de péritonite dès qu'ils se manifestent.

Les mêmes moyens doivent être dirigés contre la rupture complète, soit que le

fœtus soit resté dans la cavité utérine, soit qu'il ait passé dans le péritoine; mais ce dernier cas présente quelques particularités qu'il importe de signaler. *Le passage du fœtus* dans la cavité péritonéale *est-il incomplet*, voici comment on doit agir, suivant M. P. Dubois (1): « Le *forceps*, si la tête est restée dans l'utérus et n'est pas trop élevée; l'*extraction par les pieds*, si c'est l'extrémité pelvienne qui se présente, ou si la tête, se présentant, n'est pas accessible au forceps. Les pieds fussent-ils dans la cavité péritonéale, il ne faudrait pas craindre d'aller les chercher à travers la crevasse, pourvu qu'on procédât avec beaucoup de prudence et de douceur dans cette manœuvre, et dût-on, pour pénétrer plus facilement, agrandir la plaie de l'utérus par un *débridement* ménagé. » *Le fœtus a-t-il passé en entier* dans la cavité péritonéale, cette circonstance « n'exclurait pas tout à fait, dit M. Dubois, l'*introduction de la main* par la solution de continuité; mais il faudrait pour cela qu'elle fût large, que l'organe ne fût que très incomplétement rétracté. Les *ruptures du col* offrent seules les conditions favorables; celles du corps sont, sous ce rapport, bien différentes, et si le fœtus était complétement tombé dans le ventre, mort ou vivant, il devrait être, d'après ce que nous avons dit plus haut, extrait par l'*opération de la gastrotomie.* »

Je n'en dirai pas davantage sur cet accident, dont, je le répète, je n'ai pas eu la prétention de faire l'histoire complète.

Il est un certain nombre d'affections utérines sur lesquelles je dois garder le silence, parce que, dans l'état actuel de la science, elles n'offrent pas d'intérêt réel pour le praticien : telles sont les *hydatides* qui n'ont pas de signes propres à en faire reconnaître l'existence, autres que l'expulsion d'un plus ou moins grand nombre de ces *acéphalocystes*; la *tuberculisation*, l'*ossification de cet organe*, etc. Mais je dois dire quelques mots d'une affection nerveuse qui a fixé l'attention des auteurs, et sur laquelle néanmoins nous n'avons que des renseignements insuffisants : c'est la *névralgie de l'utérus*.

ARTICLE XIII.

NÉVRALGIE DE L'UTÉRUS.

Rien n'est plus vague que ce que les auteurs ont décrit sous le nom de *névralgie utérine*, *hystéralgie*, *métralgie*, *utéralgie*. On les voit, en effet, ranger sous ces noms les douleurs dues à une congestion sanguine, à une ulcération, à une autre lésion quelconque, aussi bien que celles qui se montrent sans qu'un examen attentif puisse faire reconnaître une altération de l'organe. Il est vrai que dans quelques cas ils font remarquer que la violence des douleurs n'est pas en rapport avec la lésion, et que leur forme est celle des douleurs névralgiques; mais ce n'est pas là résoudre la question. Bien plus, dans les cas mêmes où aucune lésion de l'utérus ne pouvait rendre compte des symptômes douloureux, on n'a pas recherché si le mal avait sa source ailleurs que dans l'organe lui-même, dans les nerfs lombaires, par exemple. Or, depuis que mon attention est fixée sur les *névralgies*, j'ai observé maintes fois de vives douleurs utérines sans altération appréciable de l'organe; mais aussi, en pareil cas, j'ai trouvé vers les lombes, le long de la crête iliaque et dans l'hypogastre, des points douloureux qui m'ont fait voir que ces dou-

(1) *Dict. de méd.*, art. UTÉRUS (rupture), t. XXX, p. 329.

leurs utérines faisaient simplement partie d'une névralgie *lombo-abdominale*.

Il est néanmoins permis d'admettre que la névralgie peut être bornée à l'utérus. Dans toutes les névralgies, en effet, on trouve des exemples d'une pareille limitation du siége de la maladie. Ainsi, dans la névralgie cervico-brachiale, la maladie peut être bornée à la partie du nerf cubital ou du nerf radial qui occupe l'avant-bras ; on a vu des névralgies n'occupant qu'un nerf plantaire ; mais ces cas ne doivent pas être considérés autrement que comme de simples variétés de la névralgie qui envahit ordinairement une étendue beaucoup plus considérable du nerf.

Ainsi donc, d'une part, dans un bon nombre de cas, on a considéré, comme dues à une névralgie, des douleurs qui pouvaient bien suivre le trajet des nerfs, mais qui, produites par une lésion évidente, ne doivent pas être regardées comme des affections purement nerveuses, ce que le nom de *névralgie* porterait à croire ; et, de l'autre, lorsqu'il y a des douleurs purement nerveuses, on peut les rattacher à une des névralgies que nous aurons à étudier plus loin. Il me paraît par conséquent convenable de renvoyer, pour tout ce qui concerne cette affection, à l'article *Névralgie lombo-abdominale* (1), où j'en parlerai avec quelques détails.

Je dirai seulement ici que cette maladie, jusqu'à présent presque complétement méconnue et qu'on prenait ordinairement pour une métrite, une dysménorrhée, etc., commence à être beaucoup mieux connue depuis que je l'ai signalée et que j'en ai fait connaître les véritables caractères (2). C'est d'elle que se sont occupés M. Malgaigne (3) et M. Beau (4), qui ont apporté de nouvelles lumières dans son histoire. C'est contre elle aussi qu'ont été dirigés plusieurs traitements particuliers, tels que les cautères, les vésicatoires sur les lombes, la cautérisation de cette région au fer rouge, et même l'*introduction du cautère rougi à blanc à la profondeur de 4 ou 5 centimètres*, opérée récemment avec succès par M. Jobert, de Lamballe (5). Mais ce sont des points que j'aurai à traiter avec soin dans l'article auquel j'ai renvoyé le lecteur.

CHAPITRE IV.

DÉVIATIONS DE L'UTÉRUS.

Les déviations de la matrice ont acquis dans ces derniers temps une trop grande importance pratique, pour qu'il me soit permis de les passer plus longtemps sous silence. Avant ces dernières années, ces affections étaient loin sans doute d'être méconnues ; car je pourrais citer une assez longue liste d'auteurs qui en ont parlé, et qui même en ont donné des descriptions assez étendues. Mais c'est récemment que les recherches sur ce sujet important ont été entreprises avec le plus d'ardeur, et qu'on a cherché avec le plus de persévérance les moyens de les guérir radicalement. Aussi n'avions-nous que des données encore incertaines sur beaucoup de

(1) Voy. art. *Névralgie lombo-abdominale*.
(2) *Traité des névralgies*, et *Bull. gén. de thér.*, janvier 1847.
(3) *Revue médico-chirurg.*, 1848.
(4) *Les névralgies lombo-abdominales considérées comme symptômes des affections de l'utérus*, par M. Axenfeld (*Union médic.*, avril 1850).
(5) *Gazette des hôpitaux*, juin 1853.

points de leur histoire, lorsque M. Simpson à Édimbourg, Kiwisch à Prague, et plusieurs médecins à Paris, sont venus fixer d'une manière toute particulière l'attention des médecins sur ce point de pathologie, et en faire un des sujets qui offrent le plus d'intérêt au praticien.

Comment s'est-il fait que les recherches entreprises il y a vingt-cinq ans sur les maladies de l'utérus ont laissé presque généralement de côté les déviations utérines, et que quelques médecins isolés s'en occupaient seuls ? C'est ce que j'ai expliqué ailleurs (1) par deux causes principales qui sont : 1° l'usage presque exclusif du spéculum ; 2° l'inutilité de presque tous les moyens de traitement qu'on dirigeait contre ces affections.

Lorsque le spéculum fut si heureusement remis en usage par Récamier, on s'occupa tout spécialement des lésions qu'il faisait apercevoir, et bien qu'il puisse, ainsi que je l'ai démontré, faire reconnaître que l'utérus est dévié, on ne pouvait en tirer aucun parti sous ce rapport, parce qu'on ne l'employait pas comme il convient. On cherchait, en effet, à *saisir* le col par tous les moyens, au lieu de chercher à voir comment il se présentait naturellement au spéculum. Dès lors, les déviations devaient être méconnues. Aussi les connaissait-on mieux lorsqu'on n'employait encore que le toucher, et leur étude, dans ces derniers temps, a-t-elle fait particulièrement des progrès entre les mains de ceux qui, comme Kiwisch et M. Simpson, ont mis en usage et le toucher et le *cathétérisme utérin*.

Quant au découragement que faisait généralement éprouver l'extrême difficulté de les guérir, ainsi que l'inutilité de l'immense majorité des moyens thérapeutiques employés, on le trouve partout, et M. Velpeau l'a exprimé par ces mots significatifs rapportés par M. Grimaud (2) : « *Les déviations utérines ne guérissent pas et n'occasionnent pas la mort.* » Or, il est peu surprenant que l'étude d'affections regardées comme incurables ait été presque abandonnée malgré leur fréquence, la longue série des symptômes sérieux qu'elles occasionnent, l'état souvent insupportable dans lequel elles maintiennent les femmes, et l'embarras extrême dans lequel elles placent si souvent le praticien.

Aujourd'hui, toutes ces causes ont cessé d'exister. Les moyens d'exploration sont devenus précis et complets ; des guérisons remarquables ont été obtenues en nombre considérable, et nous pouvons, par conséquent, donner l'histoire détaillée des déviations utérines.

Je décrirai d'abord les *déviations utérines en général ;* puis je ferai successivement l'histoire de l'*antéversion*, de l'*antéflexion*, de la *rétroversion* et de la *rétroflexion*, me contentant de mentionner quelques particularités de formes, comme la *rétroversion flexueuse*, l'*antéversion flexueuse*, ainsi que quelques déviations qui existent bien rarement seules, et qui par elles-mêmes ne produisent pas ordinairement de bien graves symptômes, telles que les déviations *latérales* ou *très obliques*.

(1) Voy. *Des déviations utérines*, leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié par M. Valleix, recueillies et rédigées par M. Gallard, interne des hôpitaux. Paris, 1852. — Extrait de l'*Union médicale*, mai, juin, juillet, août 1852.

(2) Thèse, Paris, 1851.

ARTICLE Ier.

DÉVIATIONS UTÉRINES EN GÉNÉRAL.

J'ai fait voir ailleurs (1) qu'il n'est pas bien certain qu'Hippocrate (2) ait connu les déviations utérines, et que les passages dans lesquels on a cru reconnaître ces maladies laissent beaucoup de doutes. Aétius (3) a, au contraire, bien désigné ces maladies et même a recommandé l'usage du *tampon rectal* pour les guérir. Quant à Ambroise Paré (4), il les a indiquées d'une manière très vague, les attribuant aux prétendues migrations de l'organe dans l'abdomen. Plus tard, Morgagni (5) a cité un cas de renversement déterminé, suivant lui, par l'engorgement du foie et de la rate. Levret (6), bien qu'il se soit occupé spécialement des déviations utérines chez les femmes enceintes, n'a cependant pas méconnu celles qni surviennent dans l'état de vacuité, puisqu'il a signalé la rétroversion chez les vierges.

Cependant Jahn (7), cité par M. Lacroix (8) a soutenu que la rétroversion ne pouvait exister que chez les femmes enceintes ; mais aujourd'hui que tous les médecins ont pu voir de nombreux cas de ce genre dans l'état de vacuité de l'utérus, cette opinion, déjà combattue par G. Schmitt (9), ne peut plus être soutenue.

MM. Martin, de Lyon (10), et Bazin (11) ne se sont occupés que de la rétroversion, et il faut arriver à M. Ameline (12) pour trouver un auteur qui se soit occupé de l'antéversion d'une manière particulière. M. Lacroix (13) a résumé assez exactement l'état de la science sur la rétroversion. Mad. Boivin et Dugès (14) ont fourni des observations intéressantes sur les déviations utérines, et M. Hervez de Chégoin (15) a publié un mémoire important sur ce sujet.

Jusque-là on n'avait que les moyens d'exploration ordinaires, et nous avons vu que peu de médecins les mettaient en usage depuis qu'on se servait du spéculum. Il semble résulter d'un passage de Kiwisch (16) qu'il a eu le premier l'idée d'explorer la matrice à l'aide de la sonde utérine, à laquelle M. Huguier a donné le nom d'*hystéromètre*. Cet auteur, dont les études sur les affections utérines ont une très grande valeur, dit en effet : « Il est étonnant que personne ne se soit encore (la 1re édition de Kiwisch est de 1845) servi de ce *moyen indispensable* d'exploration ;

(1) *Leçons sur les déviations utérines*, p. 9.
(2) Voy. *Œuvres d'Hippocrate*, trad. par Littré, t. VII, *De la nature de la femme;* t. VIII, *Des maladies des femmes*.
(3) *Tetralogia*, cap. 77.
(4) *Œuvres compl.*, édit. Malgaigne. Paris, 1841, t. II, p. 752.
(5) *De caus. et sed. morb.*, epist. XLVI, 16.
(6) *Journ. de méd. de Vandermonde*, 1773.
(7) *Syllog. op. minorum præstantiorum ad artem obstetriciam spectantium.* Quam curavit D. J. T. Schlegel. Lipsiæ, 1795, t. I, p. 612.
(8) *Annal. de la chir. franç. et étrang.* Paris, 1845, t. XIII, p. 420 et suiv.
(9) *Remarq. et expér. sur la rétrov. de l'utér. sur les femmes qui ne sont pas enceintes*, etc. Vienne, 1820.
(10) *Mém. sur la rétroversion.*
(11) *De la rétroversion*, 1827.
(12) *Essai sur l'antévers. de l'utérus*, thèse. Paris, 1827, n° 55.
(13) *Loc. cit.*
(14) *Traité prat. des malad. de l'utérus.* Paris, 1833.
(15) *Mém. de l'Acad. royale de méd.* Paris, 1833, t. II, p. 319.
(16) *Des malad. utérines*, 3° édit. Prague, 1851.

seul, le professeur Simpson, d'Edimbourg, comme il résulte d'un article du *London and Edinburgh monthly journal*, août 1843, a commencé à se servir d'une sonde semblable à la mienne et en a obtenu les mêmes résultats. » Ce qu'il y a de certain, c'est que Kiwisch est un des premiers qui aient étudié les déviations utérines et les aient traitées d'une manière toute particulière.

M. Simpson (1) a publié sur ce sujet des mémoires importants et qui ont particulièrement fixé l'attention en France, où les écrits anglais sont plus connus que les allemands. Aussi est-ce après leur publication que le traitement des déviations utérines par le redressement complet s'est répandu rapidement.

Vient ensuite une longue liste d'auteurs qui prouve tout l'intérêt que ce sujet a inspiré dans ces derniers temps. Je citerai MM. Velpeau, P. Dubois, Hervez de Chégoin, Huguier, Malgaigne, Robert, Récamier, Amussat, Jobert (2), etc., qui tous ont observé ces maladies et ont pris une grande part à la discussion qui a eu lieu à l'Académie à ce sujet.

En Allemagne, après Kiwisch, les déviations utérines n'ont pas été négligées. Nous voyons les docteurs Rokitansky et Virchow (3) nous donner de très bonnes notions sur l'anatomie pathologique de ces affections; ce dernier et le docteur Mayer (4) éclairer plusieurs points de leur histoire ; les docteurs Sommer (5) et Reinhard (6) se livrer à des recherches intéressantes sur ce sujet, de telle sorte que les documents nous arrivent de tous côtés.

En Angleterre et en Amérique les travaux se multiplient également. Je citerai MM. Protheroe Smith (7), Beattie (8), Rigby (9), Samuel Edwards (10), Cumming (11), Bond (12), Mac Cready (13), et je pourrais multiplier ces citations.

Enfin, en France, ces dernières années ont été marquées par plusieurs publications du même genre. Ainsi nous trouvons le mémoire de M. Baud (14), qui a donné lieu à la discussion de l'Académie de médecine en 1849 ; la thèse de M. Dufraigne (15), celles de M. Grimaud (16) et de M. Piachaud (17), qui ont traité diverses parties du sujet. Dans ces derniers temps, M. le docteur Cusco (18) a eu à

(1) *Contributions to the pathol. and treat. of the uter.* (*London and Edinb. monthly journ.*, t. III). — *Sur la fréq., le diagn. et le trait. de la rétroflex. ou rétrovers. de l'utér. dans l'état de vacuité* (*Dublin quarterly journ.* t. V).

(2) *Discussion à l'Académie* (*Bulletin de l'Acad. de médecine*, Paris, 1849, t. XV, p. 58 à 421).

(3) *Des flex. de l'utér.* — Voy. *Schmidt's Jahrbücher*, Jahrgang, 1851, par le docteur Sickel.

(4) *Ibid.*

(5) Giessen, 1858.

(6) Voy. Sickel, in *Schmidt's Jahrbücher*, *loc. cit.*

(7) *Obstetric. record.*

(8) *Dublin quart. journ.*, 1847.

(9) *Medic. Times*, 1849.

(10) *Provinc. med. and. surg. journ.*, juin 1849.

(11) *Edinburgh monthly journ.*, 1849.

(12) *Americ. journ. of medic. sciences*, 1849.

(13) *Americ. transact.*, 1849.

(14) *Déviation et engorgement de l'utérus, moyen nouveau pour les guérir* (*Bulletin de l'Académie*, t. XV, p. 58).

(15) *De la rétroflex.*, thèse. Paris, 1851.

(16) *De l'antévers. de la matrice*, thèse. Paris, 1852.

(17) *Des déviat. de l'utér. à l'état de vacuité*, thèse. Paris, 1852.

(18) *De l'antéfl. et de la rétrofl. de l'utér.*, thèse de concours. Paris, 1853,

traiter également de certaines déviations. Enfin, j'ai moi-même fait diverses publications sur ce sujet important (1) ; et actuellement même, M. Michon en fait l'objet de leçons cliniques publiées par son interne M. Zambaco (2).

Il est de toute évidence qu'un sujet qui a fixé à ce point l'attention des médecins les plus compétents de notre époque a une grande importance, et l'abondance des documents que nous avons pu recueillir nous promet un progrès réel dans l'histoire de ces affections si fréquentes, si douloureuses ordinairement, et de si longue durée.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Je ne peux mieux faire que de reproduire ici la définition que j'ai déjà donnée dans mes *Leçons cliniques* (3), car elle comprend, ainsi que je l'ai fait remarquer, toutes les déviations que l'esprit peut concevoir : « Il y a *déviation de l'utérus*, toutes les fois que l'axe de cet organe ne correspond plus, en tout ou en partie, à celui du détroit supérieur du bassin. »

Les déviations utérines ont reçu les noms de *renversement*, *déplacement*, *renversement transversal* (Levret); *antéversion et rétroversion* (Desgranges); *delapsus*, *reclinatio* (rétroversion), *pronatio uteri* (antéversion), Moeller; *antéflexion* (Ameline) et *rétroflexion; latéroversion*, *latéroflexion*, etc., suivant l'espèce de déviation qu'on voulait désigner.

Bien souvent ces maladies sont désignées sous le nom vulgaire de *descente de matrice*, parce que, dans les déviations, l'utérus est plus ou moins abaissé ; mais ce nom est impropre ici, et ne doit s'appliquer qu'aux cas où, en conservant sa direction normale, l'organe se porte plus ou moins bas vers l'orifice du vagin, ou même le dépasse, auquel cas il y a véritable *prolapsus*.

Tous les médecins qui s'occupent des maladies de l'utérus savent que les déviations sont des maladies très fréquentes ; mais on n'est pas d'accord sur la fréquence relative des diverses espèces. Kiwisch et le docteur Mayer ont trouvé plus de déviations en arrière qu'en avant ; d'autres ont vu les déviations en avant plus fréquentes. C'est un point qui ne pourra être résolu que par des recherches très multipliées, parce que tantôt on observe une longue série d'une certaine espèce, tandis que, plus tard, on ne voit guère qu'une espèce différente.

A l'époque où j'ai fait mes leçons cliniques, j'avais trouvé 35 déviations en avant et 33 en arrière : à peu près le même nombre. Depuis lors, j'ai vu un grand nombre de cas, mais les notes ne m'ayant pas été encore toutes remises, je n'ai pu en réunir que 49, dont 28 déviations en avant et 20 en arrière. Ce qui nous donne, en réunissant les deux séries, 63 déviations en avant et 54 en arrière. Ces dernières seraient donc un peu moins fréquentes ; mais, je le répète, ce sont des recherches qu'il faut encore poursuivre.

J'ai divisé les *espèces* de déviations en trois groupes distincts qui sont les suivants :

(1) Voy. *Bull. gén. de thér.*, 1851 et 1852. — *Journ. de méd. de Toulouse*, 1851 : *Leçon faite à l'Hôtel-Dieu de Toulouse*, recueillie et rédigée par M. le docteur Gaussail. — *Des déviations utérines* (leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié, recueillies et rédigées par M. Gallard, *Union médic.*, 1852,.

(2) *Moniteur des hôpit.*, 1853,

(3) *Loc. cit.*



Ier GROUPE. — Déviations en avant :

1° Antéversion simple ;
2° Antéflexion ;
3° Variétés qui consistent dans une antéversion avec flexuosités diverses.

IIe GROUPE. — Déviations en arrière :

1° Rétroversion simple ;
2° Rétroflexion ;
3° Variétés qui consistent dans une rétroversion avec flexuosités diverses.

IIIe GROUPE. — Déviations latérales :

1° Latéroversion ;
2° Latéroflexion.

Il est important de fixer la valeur de ces dénominations, afin que dans le diagnostic il n'y ait pas de malentendu, et qu'on ne regarde pas comme des erreurs de fait ce qui ne serait que des erreurs de mots. Pour distinguer les diverses déviations, il faut toujours avoir égard à la direction du corps de l'utérus. Ainsi il y a antéversion ou déviation en avant, lorsque le corps est incliné *en avant*, tandis que le col s'élève en arrière vers la concavité du sacrum. Dans la rétroversion, le corps est couché *en arrière* sur le rectum et dans la concavité du sacrum ; le col est dirigé en avant. C'est encore d'après la direction du corps qu'on désigne la flexion. Ainsi il y a antéflexion, quand le corps est *porté en avant*, quelle que soit la direction du col, et rétroflexion quand le corps est *porté en arrière*, en formant un angle avec le col. Les mêmes remarques s'appliquent aux latéroversions et aux latéroflexions.

Suivant M. Simpson, il n'y a pas d'utilité réelle à étudier séparément les versions et les flexions. Assurément, le grand point est de distinguer la direction générale de l'utérus ; mais je pense que M. Simpson est allé un peu trop loin. On verra, en effet, que les flexions exigent, dans le traitement, certaines manœuvres particulières ; qu'elles offrent des difficultés de diagnostic qui leur sont propres, et qu'enfin il y a dans leurs symptômes quelques nuances qui ne sont pas sans importance. C'en est assez, je pense, pour les décrire séparément.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Age. Des observations que j'ai rassemblées, il résulte que les déviations se produisent presque toujours chez des femmes jeunes encore ; ce résultat, obtenu primitivement sur 68 cas, a été confirmé par une nouvelle série de 49 cas : en tout, 117. C'est de vingt à trente ans qu'elles y sont particulièrement exposées ; ce qui ne veut pas dire qu'on n'observe pas ces maladies à un âge plus avancé, mais qu'elles commencent dans la jeunesse.

On a cependant avancé que l'âge critique y prédisposait particulièrement les femmes ; mais quand on examine les faits, on voit que cette assertion est complétement erronée, et la cause de cette erreur vient de ce qu'on n'a pas remonté à l'origine de la maladie ; car on aurait vu que les femmes qui se présentaient à l'ob-

servation à l'âge critique avaient presque toutes l'utérus dévié depuis un grand nombre d'années.

Une cause qui vient naturellement après la précédente, est l'*accouchement*. C'est, en effet, particulièrement dans la période de la vie qui vient d'être indiquée que les femmes deviennent grosses ; et si nous examinons, à ce point de vue, les faits, nous voyons que, sur 117 cas, 93 ont eu un ou plusieurs accouchements ; 18 sont restées stériles et 6 étaient vierges.

Parmi les 93 femmes qui ont eu des grossesses terminées par un accouchement à terme ou un avortement, il en est fort peu qui n'aient vu survenir la maladie peu de temps après l'accouchement, en sorte que presque toujours l'effet a suivi promptement la cause. Dans les autres cas, il y a eu habituellement une cause déterminante, appréciable, qui, à une époque plus éloignée, a produit la déviation. Je ferai connaître plus loin les causes de ce genre.

Les faits ne m'ont pas appris que l'*avortement* déterminât plus particulièrement la maladie. Les avortements, comme cause, ont au contraire été bien moins fréquents que l'accouchement, tandis qu'ils ont été fréquents après que la déviation a été produite. Je reviendrai sur ce point, quand j'aurai à parler des conséquences de ces maladies.

Il paraît probable que les cas où les femmes ont été *stériles* et ceux où elles ont été affectées de déviation utérine étant encore *vierges*, étaient des cas de *déviation congénitale*. Parmi les femmes stériles, il en est, en effet, plusieurs qui avaient déjà présenté des symptômes qu'on pouvait rapporter à la déviation avant leur mariage, et si chez les autres il n'avait été observé rien de semblable, on peut penser qu'il existait néanmoins une obliquité marquée, qui s'est changée en déviation complète lorsque l'utérus a été excité par l'acte conjugal.

L'existence des *déviations congénitales* a, du reste, été démontrée directement. Kiwisch, M. Huguier, et plusieurs autres auteurs, en ont cité des exemples. J'en ai moi-même vu un bien remarquable, et si l'on examine les faits, on voit que ce sont surtout les déviations en avant qui résultent d'une conformation primitive. Les recherches intéressantes de MM. Verneuil et Boullard sur le développement de l'utérus donnent l'explication de ce fait, et nous apprennent surtout pourquoi les antéflexions sont surtout dans ce cas. Mais c'est un point sur lequel je reviendrai quand je parlerai de chaque déviation en particulier.

Kiwisch (1) a beaucoup insisté sur les *déformations* et le *développement défectueux* de l'utérus, et il a cité des cas dans lesquels ces vices de conformation ont déterminé la chute de l'organe dans un sens ou dans l'autre. L'existence de ces causes ne saurait donc être regardée comme douteuse.

Quel est le rôle que joue l'*engorgement* dans les déviations utérines? C'est là un point important à traiter. Lorsque M. Velpeau (2) a dit que ce que l'on prenait pour l'engorgement de l'utérus était presque toujours une déviation, il a soulevé beaucoup de réclamations, et cependant il n'a fait qu'exprimer un fait réel. Seulement on a pensé qu'il niait l'existence de l'engorgement, ce qui, d'après ses explications, était le résultat d'un malentendu. Il est certain que les déviations s'accompagnent généralement d'un engorgement partiel ou général; mais cet engorgement

(1) *Loc. cit.* p. 81 et suiv.
(2) *Loc. cit.*

est-il la cause ou l'effet de la déviation? Il est plus que probable que chez les femmes qui ont vu leur déviation commencer après l'accouchement, l'utérus n'était pas revenu sur lui-même lorsque la cause déterminante (marche, fatigues, chutes, efforts) a produit la déviation; mais on doit admettre aussi qu'une fois la déviation produite, l'engorgement a été entretenu par la position vicieuse de l'organe, et ce qui le prouve, c'est que lorsqu'on est parvenu à le redresser et à le maintenir, il reprend plus ou moins promptement son volume primitif. Il y a donc là une question complexe qu'il est assez difficile de résoudre.

Pour moi, voici ce qui ressort des faits. Une *inflammation aiguë ou chronique* avec développement de l'utérus, déterminée ou non par un accouchement ou un avortement, peut produire une déviation et surtout une déviation en avant. On en a la preuve dans ce qui se passe chez les femmes affectées de déviation avec inflammation aiguë. Dans ces cas, en effet, on peut par les moyens ordinaires faire disparaître le volume exagéré de l'organe, et il n'est pas rare alors de le voir reprendre sa position normale. Dans d'autres cas, l'organe peut être dévié sans qu'il y ait engorgement préalable, comme on le voit chez les jeunes filles qui ont fait une chute, et l'engorgement peut survenir ensuite.

Suivant Kiwisch (1), les *métrorrhagies*, les *ménorrhagies* de longue durée peuvent avoir le même effet; mais il est bien difficile de se prononcer sur ce point, ces hémorrhagies pouvant très bien être la conséquence et non la cause de la maladie, ainsi que le prouvent encore les résultats du traitement.

Tous les auteurs ont signalé la *situation et certaines circonstances anatomiques de l'utérus* comme prédisposant aux déviations. Il est certain, en effet, que cet organe mobile, suspendu à des ligaments et ayant sa grosse extrémité en haut, se trouve dans des conditions favorables aux divers renversements. A cette disposition viennent se joindre les changements qu'éprouvent les organes voisins dans l'accomplissement de leurs fonctions, et qui tantôt repoussent l'utérus, tantôt le laissent retomber de leur côté. Ainsi la vessie, en se dilatant, le repousse en arrière, et lorsqu'elle se vide rapidement, elle le laisse retomber vers le pubis. Le rectum dans son ampliation et dans son état de vacuité agit en sens inverse. Ce n'est pas ici le lieu d'insister sur ces particularités, il suffit de les indiquer.

Il en est d'autres qui ont été signalées par Kiwisch, MM. Simpson, Mayer et Virchow; mais comme elles exercent une influence spéciale sur certaines déviations, je les signalerai quand je présenterai l'histoire des diverses espèces.

Il est des affections qui prédisposent, comme on devait le prévoir, aux déviations de l'utérus : ce sont les *tumeurs fibreuses*, les *polypes*, en un mot tout ce qui détermine l'augmentation de volume du corps de cet organe; de telle sorte que son centre de gravité se trouvant déplacé, il se trouve en état d'équilibre instable. Alors les ampliations des organes voisins, les efforts musculaires, peuvent suffire pour opérer le déplacement.

Quant aux autres causes prédisposantes, voici comment je me suis exprimé à cet égard dans mes leçons cliniques :

« Elles n'ont eu qu'une importance véritablement secondaire, pour ne pas dire tout à fait nulle. Nous avons rencontré, il est vrai, dans environ la moitié des cas, les éléments du tempérament lymphatique, ou seuls, ou unis à ceux du tempé-

(1) *Loc. cit.*

rament sanguin ou du tempérament nerveux. Mais quelle conséquence peut-on tirer de ce fait, quand on sait combien il est difficile de s'entendre sur ce qui doit caractériser d'une façon précise tel ou tel tempérament ? Il est, du reste, à remarquer que chez les femmes, les éléments du tempérament lymphatique dominent en général ; il n'est donc pas étonnant que nous les ayons retrouvés chez un grand nombre de nos malades.

» J'en dirai tout autant de ce qui regarde la menstruation, la facilité ou la difficulté avec laquelle elle s'est établie, l'augmentation ou la diminution de l'écoulement sanguin, les avances ou les retards survenus dans son apparition, la présence ou l'absence de la leucorrhée, etc. ; toutes choses pour lesquelles il existe la plus grande variabilité, chez les femmes les mieux portantes aussi bien que chez celles qui sont atteintes de déviations. »

2° Causes occasionnelles.

Dans les cas que j'ai observés, la *facilité* ou la *difficulté de l'accouchement*, la *durée du travail*, les *diverses manœuvres* qu'il a fallu faire pour le terminer, etc., n'ont paru presque jamais avoir une influence réelle sur la production des déviations. Dans un cas cependant le travail a été très pénible, on a exercé sur la tête du fœtus des tractions très fortes et très prolongées, et enfin il a fallu en venir au forceps. Mais évidemment ce n'est pas là une cause importante, puisque, même en admettant son existence comme prouvée, d'une part, on la trouve très rarement dans les cas de déviation, et, de l'autre, ces manœuvres ont très souvent lieu sans produire de déviation. Je dois ajouter cependant que M. Mayer a parfois trouvé immédiatement après l'accouchement l'utérus fléchi en avant ou en arrière, et qu'il attribue ces flexions à des tractions exercées sur le placenta ; l'espèce de flexion dépendait du point où était fixée la masse placentaire. Le fait est exact, puisqu'il a été observé par un praticien si distingué ; mais la production d'une flexion dans un utérus resté flasque pouvant admettre une tout autre explication, celle que donne M. Mayer demande peut-être de nouvelles preuves.

La *marche trop prompte* après l'accouchement a été universellement regardée comme une cause des plus évidentes. Cependant elle n'a eu lieu que dans une très petite minorité des cas, et d'un autre côté, presque toujours la déviation n'a manifesté ses symptômes qu'un ou plusieurs mois après la première sortie des accouchées. Cependant on voit quelquefois la déviation se produire si promptement chez des femmes qui ont marché trop tôt, que la relation de cause à effet paraît manifeste.

Une cause dont on ne peut méconnaître l'influence, et qui a été signalée par tous les observateurs, consiste dans les *grands efforts musculaires*, les *chutes*, le *cahot d'une voiture*. Il arrive, en effet, quelquefois que, dans un violent effort pour soulever un fardeau, dans une chute sur les pieds ou sur le siége, dans une secousse brusque, quelle qu'en soit la cause, la femme ressent dans le bassin une sensation de douleur plus ou moins vive, de tiraillement, de craquement, etc., et dès ce moment, les symptômes de la déviation se manifestent pour ne plus disparaître. En pareil cas, l'action de la cause est évidente.

Quand on interroge avec soin les malades, on apprend que, dans un certain nombre de cas, elles ont eu du côté du bassin des symptômes d'*inflammation*

ordinairement désignés sous le nom d'*inflammation d'entrailles ou d'intestins.* Quand même l'anatomie pathologique, et en particulier les recherches de MM. Rokitansky et Virchow, ne nous apprendraient pas que souvent l'utérus contracte des adhérences avec les parties voisines et subit des déformations qui occasionnent des renversements, nous ne pourrions pas douter que ces affections ne fussent des inflammations de l'utérus et de ses annexes; car le siége de la maladie, les tumeurs douloureuses qu'on a observées, les suppurations, les symptômes particuliers signalés par les malades, ne peuvent laisser aucun doute sur ce point.

Dans ces cas, les déviations sont dues à des causes diverses. L'*utérus est-il enflammé* généralement, il augmente de volume, perd son équilibre et se dévie. Un traitement approprié, en ramenant l'utérus à son volume, fait parfois cesser la déviation et prouve que cette cause est réelle. L'*organe est-il enflammé partiellement*, la paroi atteinte se gonfle, augmente de poids et l'entraîne de son côté.

Y a-t-il eu une *péritonite partielle*, il se forme des adhérences sur lesquelles je reviendrai à l'occasion de l'anatomie pathologique, et la matrice est attirée et fixée de leur côté. Lorsque j'ai publié mes *Leçons cliniques*, je n'avais pas vu d'exemple évident sur le vivant de ces adhérences; depuis lors, j'en ai rencontré, car chez quatre malades, et notamment chez une femme encore dans mon service, l'utérus est *fixé* en état de rétroversion de manière à ne pas laisser de doute sur ce point. L'existence possible de cette cause doit toujours être présente à l'esprit, car en faisant de trop grands efforts pour redresser l'utérus, on pourrait rompre ou érailler ces adhérences, et l'on comprend quels accidents il en résulterait. M. Virchow a principalement insisté sur cette cause de déviation; mais, ainsi que le fait remarquer M. Mayer, la curabilité des déviations prouve qu'il en a exagéré la fréquence et l'importance.

L'*utérus est-il ramolli*, les flexions se produisent avec facilité et quelquefois sont multiples; mais je reviendrai sur ce point et j'indiquerai le résultat des recherches de M. Virchow à ce sujet.

Enfin, *les tissus circonvoisins ont-ils été enflammés*, il peut en résulter des indurations, la formation de tissus cicatriciels, une rétraction plus ou moins grande, et l'entraînement de la matrice de ce côté.

L'utérus peut encore être dévié par la pression de *diverses tumeurs* qui se forment dans le voisinage. Ainsi les *tumeurs sanguines* qui le repoussent en avant, les *tumeurs de l'ovaire*, etc. Il suffit de connaître la situation des parties pour comprendre ce qui doit arriver en pareil cas.

§ III. — Symptômes.

Tous les auteurs ont signalé des déviations qui ne donnent lieu à aucun symptôme. Ce sont surtout les déviations congénitales qui sont dans ce cas, tant qu'une excitation quelconque, une des causes occasionnelles que j'ai signalées ne viennent pas placer l'utérus dans les conditions où il peut, en comprimant les organes voisins, en gênant le jeu de leurs fonctions, produire les douleurs diverses que je ferai connaître plus loin. En pareil cas, c'est surtout après l'excitation produite par les premiers rapports sexuels que se manifestent les symptômes, qui peuvent aussi être produits par les efforts, les chutes, une métro-vaginite contagieuse ou non.

Mais le plus souvent les déviations se présentent à notre observation avec un cortége de symptômes caractéristiques que je vais exposer.

Début. Le début est ordinairement graduel. Les malades éprouvent d'abord de la gène dans le bas-ventre, des douleurs traversant le bassin, occupant les aines, le sacrum; puis une pesanteur se fait sentir vers le périnée, l'anus ou l'hypogastre, suivant la déviation; ensuite surviennent la difficulté de la marche, la faiblesse, le trouble des digestions, et la maladie est confirmée.

Symptômes de la maladie confirmée. Le symptôme le plus fréquent est la *douleur spontanée*. Sur les 117 cas que j'ai rassemblés, elle n'a manqué qu'une fois, et encore a-t-elle été remplacée par une sensation particulière dans le moment de la miction. Il s'agissait d'une antéversion : dans la marche, les mouvements de toute espèce, le coït, il n'y avait pas de douleur; mais si la malade était restée un peu longtemps sans uriner, dès que la vessie se vidait, elle sentait un poids qui tombait brusquement sur les pubis et qui occasionnait une sensation générale des plus désagréables. Cette exception ne doit donc pas nous empêcher d'indiquer l'existence de la douleur spontanée comme une règle générale.

Cette douleur, qui occupe les différents points du bassin : hypogastre, aines, lombes, sacrum, n'est pas toujours en rapport avec la direction vicieuse de l'utérus, mais il en est souvent ainsi. On voit, par exemple, dans les 68 premiers faits que j'ai analysés, la douleur exister en avant 29 fois sur 35 cas dans les déviations antérieures (antéversion et antéflexion) ; et seulement 16 fois sur 33 cas dans les déviations postérieures (rétroversion et rétroflexion) ; tandis que dans tous les cas de déviations postérieures elle occupait les lombes ou le sacrum, ce qui n'avait lieu que 13 fois sur 35 dans les cas de déviation antérieure.

Il est donc manifeste que la douleur est principalement produite par la pression qu'exerce le corps dévié sur les parties voisines, et s'il existe en même temps une douleur dans un point opposé, c'est à la pression exercée par le col tuméfié qu'il faut principalement l'attribuer. J'ai, en effet, trouvé que plus le col était dur et gonflé, plus cette dernière douleur avait d'intensité. Il n'est pas douteux aussi que dans un certain nombre de cas, des *tiraillements* dans les tissus circonvoisins, résultant du ballottement de l'utérus, ne viennent se joindre à ces deux principales causes de douleur spontanée.

La *douleur provoquée* se manifeste dans la marche qu'elle rend quelquefois impossible. J'ai en ce moment sous les yeux une jeune femme qui est restée deux ans et demi sans pouvoir faire un pas, et qui, après trois mois de traitement, a pu faire de longues courses en voiture et à pied. Les grands efforts musculaires rendent aussi cette douleur manifeste, et enfin le *toucher* peut la développer à un haut degré. Dans les déviations en avant, c'est la paroi antérieure du corps qui est douloureuse, souvent à un très haut degré, et dans les déviations postérieures, c'est la paroi postérieure. Le *palper abdominal* la développe également lorsque l'utérus est assez volumineux pour dépasser les pubis.

Dans tous les cas de déviation donnant lieu à des symptômes, j'ai trouvé l'utérus plus ou moins *engorgé*. C'est là ce qui justifie la proposition de M. Velpeau. Mais on aurait tort de croire avec quelques auteurs estimables que l'engorgement seul suffit pour produire les symptômes. Il est bon de s'entendre sur ce point. Il est certain que l'engorgement dans les utérus déviés contribue puissamment à la pro-

duction des symptômes. On en trouve la preuve dans ce qui se passe dans les déviations congénitales où le déplacement ne manifeste son existence par aucun trouble tant que la matrice n'a pas subi l'influence d'une cause quelconque, n'a pas été excitée et n'a pas augmenté de volume. Mais, d'un autre côté, si la matrice n'était pas déviée, ces symptômes n'auraient pas lieu, au moins dans la très grande majorité des cas, et la preuve en est dans ce qui se passe lorsque le redressement de l'utérus a été opéré soit pour quelque temps, soit d'une manière définitive. Tant que l'organe reste dans sa direction normale, les symptômes locaux disparaissent plus ou moins complétement, en tout ou en partie; reprend-il sa position vicieuse, aussitôt on voit les symptômes se reproduire. Il y a des exceptions à cette règle, parce que chez certaines malades les organes voisins ont été longtemps irrités par la compression, ont besoin d'un certain temps pour revenir à l'état normal, mais elle n'en sera pas moins évidente pour tous ceux qui observeront attentivement des cas traités par le redressement. Voici donc comment il faut résumer cette discussion : L'engorgement seul, pas plus que la déviation seule, ne peut, dans la grande majorité des cas, produire les symptômes propres aux déplacements, tandis que leur réunion les produit presque à coup sûr.

J'ai trouvé une *leucorrhée* plus ou moins abondante chez toutes les malades. Kiwisch avait déjà fait la même remarque.

Les *menstrues* sont souvent difficiles et douloureuses. Les malades sont sujettes à des *métrorrhagies*. Les règles sont abondantes, de longue durée, et parfois séparées par des intervalles très rapprochés, ce qui affaiblit beaucoup les malades et produit l'*anémie*. Quelquefois, au contraire, elles sont peu considérables et retardées dans leur apparition, mais le fait est rare. Pour moi, je ne l'ai vu que dans un seul cas de rétroversion. La *suppression des règles* n'est guère plus fréquente, car je ne l'ai vu que 2 fois sur 117 cas.

La *miction* est souvent fréquente et parfois douloureuse. Ce symptôme n'est pas particulier à l'antéversion, mais il s'observe bien plus fréquemment dans les déplacements en avant que dans les renversements en arrière. Ainsi dans les 68 premiers cas que j'ai analysés, 22 fois la miction était troublée sur 35 cas de déviation antérieure, et 3 fois seulement sur 33 cas de déviation postérieure. Dans ces derniers cas, le col, volumineux et dur, était fortement porté en avant et comprimait le col de la vessie.

La *défécation* est, d'un autre côté, notablement plus fréquente dans les déviations en arrière. Elle avait lieu, en effet, 23 fois sur 33 dans le premier cas, et 18 fois seulement sur 35 dans le second. Ce qui explique les troubles de la défécation dans les antéversions, c'est la pression du col volumineux de l'utérus qui appuie obliquement sur la partie inférieure du rectum.

Dans quelques circonstances, ces symptômes prennent une intensité extrême. Ainsi j'ai vu des malades éprouver les plus vives douleurs en urinant, et d'autres avoir des selles douloureuses, composées en grande partie de mucus quelquefois sanguinolent.

Lorsque ces symptômes ont duré un certain temps, il survient d'autres phénomènes qui doivent être signalés.

La *marche* n'est pas rendue difficile par la douleur seulement. La *faiblesse* vient encore augmenter cette difficulté. Les malades se fatiguent très promptement; elles

ne peuvent pas rester longtemps debout, et au bout d'un certain temps elles éprouvent des *douleurs dans les membres inférieurs*.

Parfois, en se couchant sur le dos ou sur le ventre, suivant l'espèce de déviation, ou se tournant sur un côté ou sur l'autre, les malades sentent *un poids se déplacer*, et ce déplacement est accompagné de douleur.

C'est surtout dans ces cas que se manifeste la douleur due au *tiraillement qu'éprouvent les ligaments*. Ainsi on observe, outre la douleur qui a son siége dans le point où se porte le corps de l'utérus, une douleur dans un point opposé, et l'on voit cette douleur s'exaspérer par le redressement de l'organe à l'aide de la sonde utérine et par les grands mouvements du tronc.

Il ne faut pas confondre les douleurs précédentes avec des douleurs d'une autre nature qui se manifestent dans divers autres points du corps aussi bien que dans le bassin. Ces dernières sont de *nature névralgique* et sont dues le plus souvent à l'anémie autant qu'à l'état de l'utérus. Ainsi on observe une névralgie *lombo-abdominale* et des *névralgies intercostales* reconnaissables à leurs points douloureux plus ou moins isolés, aux élancements, etc. Ce qui démontre que ces douleurs sont jusqu'à un certain point indépendantes, c'est qu'elles peuvent persister lorsque l'utérus est redressé et que tous les autres symptômes ont disparu, et qu'elles cèdent alors aux moyens propres à combattre les névralgies.

M. Simpson a signalé particulièrement une douleur de nature névralgique qui se fait sentir sous le sein gauche. Cette douleur est fréquente, mais non constante comme le pense cet habile médecin, et elle est due à une névralgie intercostale.

Des douleurs de la même nature peuvent exister dans d'autres parties du corps (face, membres); mais elles sont beaucoup moins fréquentes.

Enfin, je signalerai l'*inappétence*, les *digestions* difficiles, douloureuses (gastralgie), le *dépérissement*, les *palpitations*, les *bruits de souffle dans les artères*, la *décoloration des tissus* (anémie).

Il faut joindre à ces symptômes ceux qui caractérisent l'*hystérie*, soit qu'il y ait de véritables *attaques* hystériques, soit que les malades n'éprouvent que cet état qu'on a appelé *hystéricisme*, et qui consiste dans de l'oppression, des spasmes, un malaise général, l'envie de pleurer, etc. Cet état est fréquent chez les malades affectées de déviation, et ce qui prouve qu'il appartient bien à ces affections, c'est qu'il disparaît après le redressement.

Tels sont les symptômes qu'on peut assigner aux déviations considérées en général. Il en est d'autres encore, mais comme ils appartiennent plus particulièrement à certaines espèces, je ne dois pas les mentionner ici, ayant à les décrire en détail quand je ferai l'histoire de chaque espèce en particulier.

Conséquences des déviations. Mais je ne peux terminer ce paragraphe sans exposer les *conséquences* de ces affections. On a principalement cité l'*avortement* comme une de ces conséquences presque nécessaire; mais l'examen des faits m'a démontré que l'avortement, quoique plus fréquent chez les femmes affectées de déviation, est beaucoup plus rare qu'on ne le croit communément.

Les *difficultés de l'accouchement* peuvent être considérables, ainsi que l'a prouvé M. Dezanneau pour l'antéversion, et il est plus que probable que dans les cas de déviation chez les femmes grosses, on a eu quelquefois affaire à des femmes qui avaient déjà l'utérus dévié au moment de la conception, de telle sorte que la

position vicieuse de l'utérus les disposait aux symptômes si graves qu'elles devaient éprouver dès que l'organe aurait pris une certaine ampliation.

Quant à la *stérilité*, nous avons des données beaucoup plus précises. D'abord sur les 117 cas que j'ai rassemblés, la stérilité a existé 19 fois, ce qui est déjà un chiffre considérable chez des femmes jeunes et désirant pour la plupart avoir des enfants. Mais le fait devient bien plus frappant, si l'on considère que sur les 98 qui restent, 42 n'ont eu qu'un seul accouchement, bien que plusieurs d'entre elles eussent perdu leur premier enfant, et désirassent beaucoup en avoir d'autres. Il est une autre preuve, moins directe, il est vrai, de l'existence de la stérilité, mais qui cependant a sa valeur. Tous les médecins qui s'occupent particulièrement de ces affections savent très bien que très souvent les femmes ne demandent les soins du médecin que dans l'espoir d'avoir des enfants qu'elles désirent depuis plusieurs années.

Enfin, dans les cas où les femmes sont devenues enceintes, l'*avortement* a été fréquent.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de ces affections est habituellement croissante et chronique. Ce n'est pas toutefois que, de loin en loin, il ne survienne des améliorations plus ou moins considérables ; il est, au contraire, ordinaire de voir dans les observations, qu'à certaines époques il est survenu, soit spontanément, soit sous l'influence des nombreux moyens employés, un bien-être relatif qui pouvait faire croire à une guérison prochaine. Mais en examinant la marche de la maladie d'une manière générale, on voit que, après ces améliorations de plus ou moins longue durée, l'état des organes est devenu plus grave qu'auparavant, en sorte que l'affection a fait des progrès réels. Lorsque les malades ont eu plusieurs enfants, la déviation peut remonter à l'avant-dernière couche, ou à une couche antérieure. En pareil cas, il arrive presque constamment que les symptômes, d'abord légers, ont pris un accroissement considérable à chaque nouvelle couche, ou en d'autres termes, que chaque couche nouvelle a accéléré la marche de la maladie. Cependant cette règle souffre des exceptions. Ainsi j'ai vu des malades qui, après une couche, se trouvaient beaucoup mieux, tandis que la plupart des autres voyaient, dans les mêmes circonstances, leurs symptômes augmenter.

On ne peut se rendre compte de ces variations dans la marche de la maladie qu'en ayant égard à l'inflammation chronique qui accompagne ordinairement les déviations. C'est cette inflammation qui, sous l'influence des causes les plus diverses, peut s'accroître, diminuer, disparaître presque complétement, de telle sorte que les malades se croient guéries. Mais à la moindre fatigue, tous les accidents se reproduisent avec une nouvelle intensité, parce que la déviation elle-même a persisté.

La *durée* de la maladie est illimitée ; un traitement efficace seul peut y mettre fin, au moins pendant tout le temps que l'utérus reste à l'état d'organe actif. Il peut se faire, en effet, que, la vieillesse arrivant, il s'atrophie et devienne léger, au point que sa position soit indifférente ; mais il ne faut pas toujours compter sur cette terminaison, même à un âge avancé, car j'ai vu des femmes de soixante ans avoir encore des symptômes évidents de déviation, soit que des tumeurs situées dans les parois de l'organe aient entretenu une tuméfaction considérable, soit que

par le fait seul de la déviation, un état de phlegmasie chronique avec gonflement ait persisté malgré la cessation des menstrues.

On a cité des cas où la déviation s'est terminée par la mort, sans qu'on pût attribuer cette *terminaison* à aucune autre maladie ; mais les faits de ce genre sont excessivement rares, et sous ce rapport le pronostic doit être favorable. Il n'en est plus de même, à quelque autre point de vue qu'on envisage le pronostic. J'ai cité plus haut celui qu'a porté M. Velpeau, et il est certain que, à moins de circonstances tout exceptionnelles, on peut dire que la maladie livrée à elle-même n'a aucune tendance à se terminer par la guérison. Les malades, en pareil cas, sont vouées à de longues souffrances ; un traitement efficace peut seul les en délivrer.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les recherches d'anatomie pathologique, relativement aux déviations utérines, avaient été fort négligées jusqu'à ces dernières années où elles ont été, au contraire, faites avec beaucoup d'ardeur, surtout par les Allemands. Il n'entre pas dans mon plan de les exposer avec détail. Je vais seulement indiquer les principales parmi celles qui se rapportent aux déviations utérines en général, me réservant de signaler les autres à propos de chacune de ces déviations en particulier.

Dans les autopsies on trouve, suivant MM. Rokitansky et Virchow (1), des renversements en avant, beaucoup plus fréquents qu'en arrière. Cela tient, sans aucun doute, à ce que l'antéversion, et surtout l'antéflexion, donnent moins fréquemment lieu à des symptômes un peu notables que les déviations postérieures ; car sur le vivant, ainsi qu'on l'a vu plus haut, la différence n'est pas très considérable, bien qu'elle soit réelle.

Suivant ces auteurs, auxquels il faut joindre MM. Mayer (2), Sommer (3), et plusieurs autres, ce sont principalement les flexions qu'on rencontrerait sur le vivant, comme sur le cadavre. Mais ceci demande une explication. Selon M. Sommer, il faut distinguer la *courbure en forme d'arc* de la flexion proprement dite. Cette distinction est, en effet, très importante, et j'ai rangé la première forme dans les versions avec courbure. Je dis que cette distinction est importante, parce que dans la simple courbure, la consistance de l'utérus n'est pas diminuée, tandis que dans la flexion véritable, son tissu est ramolli dans le point où il est plié, et une de ces parois, celle qui est au fond de l'angle rentrant, est ordinairement amincie. Je ferai connaître, en parlant de l'*antéflexion*, la manière dont M. Virchow a expliqué la formation de cette flexion.

Ce ramollissement de l'utérus, dans le point de la flexion, a été signalé par Kiwisch, par M. Virchow, par M. Sommer, par M. Depaul, et j'en ai cité plusieurs exemples, dont un a été décrit dans mes leçons cliniques.

Lorsqu'il n'y a qu'une simple version, la paroi la plus déclive est habituellement engorgée et plus ou moins épaissie.

Le col de l'utérus est le plus souvent volumineux, et présente des érosions, des granulations qui occupent un plus ou moins grand espace autour de son orifice, et

(1) *Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtshülfe*, in Berlin, 1851.
(2) *Erfahrungen über das newe von Kiwisch erfundene Instrument*, etc., in *Verhandlungen der Gesellschaft*, etc., in Berlin, 1851.
(3) Giessen, 1850.

qui pénètrent dans son intérieur. Chez les femmes qui ont eu des enfants, l'orifice externe est béant, principalement dans les flexions. Quant à l'orifice interne, il est parfois étroit, mais bien moins fréquemment que ne l'ont avancé Kiwisch et M. Virchow. La facilité extrême avec laquelle j'ai introduit la sonde utérine dans presque tous les cas chez les femmes qui avaient eu des enfants, prouve que la coarctation de l'orifice interne n'est pas due, en général, à la déviation elle-même. L'orifice externe peut également être dans un état considérable de coarctation ; mais cette disposition est surtout occasionnée par des cautérisations profondes et multipliées, à la suite desquelles s'est formé un tissu inodulaire dont la coarctation a bridé l'orifice.

Dans les cas où la coarctation de l'orifice du col est très considérable, il y a rétention des produits de la sécrétion. M. Virchow a vu la cavité utérine prendre une forme arrondie et contenir une quantité considérable de mucus dans lequel on trouvait une grande quantité de débris d'épithélium. Kiwisch a vu une véritable *hydrométrie* être causée par ce rétrécissement.

Dans les cas compliqués, on trouve des tumeurs fibreuses dans l'épaisseur des parois de l'organe, quelquefois des polypes, ou des productions de nature cancéreuse.

A l'extérieur de l'organe, on voit, dans un certain nombre de cas, des adhérences plus ou moins serrées de l'utérus avec les parties voisines, et qui résultent de péritonites partielles sur lesquelles M. Virchow a particulièrement insisté.

Enfin, les tissus voisins peuvent présenter des traces d'inflammation chronique, de l'induration, des tumeurs, des relâchements, etc.

Je n'insiste pas plus longuement sur ces généralités, parce que, je le répète, la plupart des détails que je pourrais ajouter seront mieux placés dans l'histoire de quelques déviations en particulier.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Il faut nécessairement que nous entrions dans de grands détails sur le diagnostic, parce que c'est ici le lieu de faire connaître les divers moyens d'exploration que nous possédons, et la manière de les mettre en usage. C'est par là que je vais commencer ; et pour cela il me suffira de rappeler ce que j'ai dit dans mes *Leçons cliniques* (1) :

« 1° *Toucher vaginal*. En première ligne vient le toucher, et surtout le *toucher vaginal*. On ne peut se dispenser de l'employer pour le diagnostic des déviations utérines, car il fournit des indications extrêmement utiles. Je le pratique d'abord, la femme étant debout, parce que, dans cette position, on apprécie mieux le degré de la déviation. D'ailleurs, les premiers symptômes se produisent surtout quand elle est debout ; et il est important de connaître au juste quelle est alors la direction de l'utérus, cette direction pouvant n'être plus la même si la malade est couchée. Le doigt indicateur avec lequel on pratique le toucher doit suivre l'axe du vagin pour arriver jusqu'au col, et je ne saurais trop vous recommander d'aller doucement, graduellement, sans chercher à vouloir arriver d'emblée sur le col, et surtout de bien éviter de repousser trop fortement les parties et d'occasionner de la douleur.

» Si le doigt indicateur ne pouvait atteindre le col, il serait bon d'introduire en

(1) Page 29 et suiv.

même temps le médius, qui, ayant un centimètre environ de plus en longueur, permettrait d'explorer à une plus grande profondeur.

» Certains auteurs ont conseillé de chercher à pénétrer plus avant, en faisant prendre au coude un point d'appui sur la hanche ou sur le genou. Mais c'est alors surtout que l'on doit aller avec beaucoup de lenteur et de ménagement. Il ne faut surtout jamais se préoccuper exclusivement du soin de rencontrer le col, mais bien, au contraire, chercher à se rendre compte de tout ce qui se présente sous le doigt.

» Rappelons d'abord ce que l'on trouve, à l'aide du toucher, *quand l'utérus est à l'état normal*, afin d'avoir un point de comparaison.

» Si l'utérus occupe sa position normale, on rencontre d'abord la lèvre antérieure, puis, immédiatement au-dessous l'ouverture du col qu'il est très facile d'atteindre. En portant le doigt en avant, on trouve la face antérieure du col se continuant supérieurement avec la face antérieure du corps qui ne peut être complétement suivie, et qui se dirige obliquement en haut et en avant, en s'inclinant vers la paroi abdominale antérieure, comme pour aller la rejoindre. En avant du corps, on sent la résistance molle particulière à l'intestin. La vessie, distendue par l'urine peut donner une sensation de fluctuation, et quelquefois être assez volumineuse pour gêner l'exploration ; il faut alors la vider en sondant la malade si elle ne peut pas uriner spontanément.

» En arrière de l'ouverture du col, le doigt rencontre la lèvre postérieure derrière laquelle se trouve le cul-de-sac du vagin, dans lequel on pénètre suivant la face postérieure du col. Le doigt ne peut atteindre plus loin que la réunion du col avec le corps, et tout à fait en arrière on ne trouve plus rien, on sent seulement la mollesse particulière à l'intestin, à moins, toutefois, que des matières fécales étant accumulées dans le rectum, on n'en apprécie la résistance à travers la paroi recto-vaginale.

» Si vous êtes bien pénétrés des principes que je viens de vous exposer, il vous sera facile d'en faire l'application à l'*exploration des déviations* de l'utérus. Il est évident, en effet, que dans les déviations du col, le doigt, en pratiquant le toucher, ne rencontrera plus cette partie dans la même position, ou bien si c'est la direction du corps qui a changé, on pourra sentir des angles saillants ou rentrants situés en divers points ; mais ce sont là des différences sur lesquelles j'insisterai plus spécialement en parlant de chaque espèce de déviation en particulier.

» Le toucher permet encore de constater l'état du col, son volume, sa consistance, sa température, sa conformation extérieure. Y a-t-il des granulations ou des ulcérations ? L'ouverture est-elle régulière ou non ? C'est ce dont il faut s'assurer. Enfin le doigt ne sera pas retiré du vagin sans avoir imprimé des mouvements au col, afin de faire basculer l'utérus pour savoir s'il se meut facilement, si les tissus qui l'environnent sont souples, s'il n'a pas contracté d'adhérences anormales avec les parties voisines, s'il ne se plie pas quand on veut le déplacer, s'il n'est pas plus lourd qu'il ne devrait l'être.

» Il est également très important de chercher à saisir avec l'autre main le fond de l'organe à travers la paroi abdominale, pendant que le doigt, introduit dans le vagin, soulève le col, ce qui aide à apprécier le volume de l'utérus et aussi sa direction.

» 2° *Toucher rectal*. Quant au toucher rectal, vous verrez plus tard que pour

l'antéversion et l'antéflexion il ne nous apprend que peu de chose, et que pour la rétroversion et la rétroflexion, s'il est quelquefois utile, il peut souvent aussi être négligé sans inconvénient. Vous aurez donc soin de ne le pratiquer que lorsqu'il vous paraîtra indispensable; car avant tout, messieurs, il faut songer, dans la pratique, à retrancher de ces sortes d'explorations tout ce qui ne nous est pas absolument nécessaire pour arriver à un diagnostic précis.

» Le doigt, introduit dans le rectum quand l'utérus occupe sa position normale, ne sent rien de différent de ce qu'on rencontre en arrière du col par le toucher vaginal; seulement comme il peut atteindre plus haut, il peut suivre également un peu plus haut la direction de l'organe. Dans le cas de déviation, on sent l'extrémité du col s'il s'agit d'une antéversion, ou la tumeur globuleuse formée par le corps s'il s'agit d'une rétroversion ou d'une rétroflexion. Mais ce sont des points sur lesquels nous reviendrons en détail.

» 3° *Examen à l'aide du spéculum.* Nous ne négligeons pas, ainsi que je vous l'ai déjà dit, l'emploi du spéculum comme moyen de diagnostic dans les cas de déviations de l'utérus, et nous employons de préférence le *spéculum plein* ou un *spéculum à développement*, à trois ou quatre valves, qui, une fois ouvert, simule le spéculum plein. Le spéculum bivalve ne peut être utilement employé, selon moi, dans ces cas où il est important surtout de savoir comment se présente le col de l'utérus dans le champ de l'instrument. Les deux valves, en effet, s'écartent en décrivant chacune un arc de cercle, dont le centre est auprès de la vulve à leur articulation, et le mouvement qui en résulte peut suffire, si l'utérus est mobile, pour changer la direction suivant laquelle il va se présenter.

» Le spéculum sera introduit lentement avec précaution, et en suivant la direction de l'axe du vagin. Ne cherchez pas, encore moins que dans le toucher, à tomber directement et d'emblée sur le col ou à vouloir toujours le saisir en dirigeant votre spéculum de manière à aller le chercher dans un autre point, si vous ne l'avez pas trouvé à sa place habituelle. La nécessité de cette manœuvre, qui, je vous l'ai déjà dit, avait frappé sans qu'on en comprît toute la portée, est toujours due à une déviation.

» Or, si en pareil cas vous saisissez le col de l'utérus, ce n'est qu'après l'avoir fait basculer, et il ne vous est plus possible alors d'apprécier sa situation réelle, tandis que vous vous en rendrez parfaitement compte en agissant de la manière suivante :

» Aussitôt que votre spéculum aura dépassé l'orifice du vagin, il faut retirer l'embout; alors les parois du vagin étant constamment adossées l'une contre l'autre, vous les verrez se déplisser sur l'extrémité de l'instrument, en formant une espèce de rosace dont le centre se trouve nécessairement situé dans l'axe du vagin. Cette rosace semblera s'éloigner à mesure que le spéculum avancera, et si vous avez bien soin d'en maintenir continuellement le centre au milieu même du champ du spéculum, vous resterez forcément dans l'axe même du vagin. En procédant ainsi, vous arriverez sur le col, qui, dans la position normale de l'utérus, ne se présentera pas directement à vous; car vous devez vous le rappeler, l'axe de l'utérus ne continue pas celui du vagin, mais fait avec ce dernier un angle obtus ouvert en avant. Il en résulte que le col doit se présenter plutôt par sa face antérieure que par sa face postérieure, et l'on voit, en effet, toute la lèvre antérieure. Quant à l'orifice externe, il est situé plus en arrière.

» Telle est la présentation normale du col de l'utérus. Quand vous ne le trouvez

pas dans cette position, soyez sûr qu'il existe une déviation. Si, par exemple, l'orifice externe se montrait au centre même de la portion apparente du col, celui-ci est dévié en avant, comme cela a lieu dans quelques cas de rétroversion, et cette déviation sera plus marquée encore si l'orifice se rapproche davantage de la paroi antérieure du spéculum.

» Dans ce dernier cas, on voit tout d'abord une grande étendue de la face postérieure du col. Que si, au contraire, vous apercevez une grande étendue de sa face antérieure, et si l'orifice externe va se cacher profondément vers la paroi postérieure de l'instrument, il est probable que vous avez affaire à une antéversion. Je dis qu'il est probable, parce que, dans les flexions, le corps ne suit plus l'axe du col, et que n'apercevant que le col, vous ne pouvez pas encore savoir s'il s'agit d'une version ou d'une flexion. Vous voyez donc que le spéculum vous fait connaître qu'il existe une déviation, ce qui a son importance; mais qu'à lui seul il ne peut pas vous en faire distinguer exactement l'espèce.

» Dans les déviations latérales, l'orifice externe, qui, normalement, est situé sur la ligne médiane, s'incline vers le côté opposé à la déviation, et l'on peut voir très bien, dans le champ du spéculum, une plus ou moins grande étendue d'une des faces latérales du col.

» Tout en examinant la situation du col à l'aide du spéculum, on ne doit pas négliger de noter son volume, sa coloration, ainsi que l'état de son ouverture, et l'existence ou l'absence des diverses altérations qu'il peut présenter. Comme le conseille M. Bennet, c'est alors que l'on emploie le spéculum bivalve pour écarter les lèvres du col et examiner sa cavité à une certaine profondeur; mais vous concevez que ceci ne peut être fait que dans les cas où le col est déjà large et suffisamment entr'ouvert, soit par suite d'une inflammation, soit après de nombreux accouchements antérieurs.

» 4° *Cathétérisme utérin.* Nous arrivons, messieurs, à un moyen d'exploration bien autrement important; je veux parler de l'emploi de la sonde utérine. En effet, si par le toucher et le spéculum nous pouvons réunir des indications nombreuses et utiles pour le diagnostic, à l'aide de la sonde nous arrivons toujours à un diagnostic précis, rigoureux, j'ai presque dit mathématique. M. Simpson, qui, en même temps que Kiwisch, en a fait usage d'une façon méthodique, employait une tige métallique fortement recourbée, que je vous ai déjà montrée et dont je vous ai fait remarquer les divisions marquées par des saillies et des creux alternatifs que le doigt peut sentir.

» Depuis un certain temps M. Huguier se sert d'une sonde beaucoup moins recourbée, présentant des divisions en centimètres sur sa concavité, et un curseur mobile qu'on fait mouvoir à l'aide d'une tige qui traverse le manche, ce curseur est destiné à marquer jusqu'où la sonde a pénétré dans l'utérus. M. Huguier a donné à cette sonde le nom d'*hystéromètre.* Celle dont je me sers est à peu près semblable ; mais je n'ai pas conservé le curseur, le doigt suffisant pour marquer la profondeur à laquelle l'instrument a pénétré.

» M. Charrière a rendu cet instrument plus portatif et par conséquent plus commode, en le divisant en deux fragments qui se vissent l'un sur l'autre (1). Un bouton

(1) Une sonde également très portative est celle dont la tige rentre en partie dans le manche.

de vis placé sur le manche du côté de la concavité sert à maintenir les deux portions plus solidement réunies, et, en même temps indique de quel côté se trouve la concavité de la sonde sans qu'il soit nécessaire de s'en assurer avec le doigt. On peut, en la faisant faire de métal flexible, augmenter ou diminuer au besoin sa courbure. C'est ce qui est parfois utile quand l'utérus est en rétroflexion, et c'est parce qu'il s'occupait plus exclusivement de cette sorte de déviation que M. Simpson avait cru devoir faire des sondes aussi courbées. L'expérience, néanmoins, m'a démontré que cette courbure exagérée n'est pas nécessaire et qu'une sonde plus droite pénètre tout aussi bien, parce qu'à mesure qu'elle avance, l'utérus, soulevé par elle, s'accommode à la direction qu'elle lui imprime et se déplisse, pour ainsi dire. Que s'il était trop solidement uni aux parties voisines, ou trop peu flexible pour pouvoir se laisser redresser par ce moyen, l'instrument serait arrêté au niveau de la déviation et l'on ne pénétrerait pas plus avec une sonde très fortement courbée qu'avec la nôtre ; car quelque exagérée qu'elle soit, la courbure de l'instrument ne saurait jamais être aussi forte que celle de l'utérus lui-même quand il est fléchi.

» Cela dit, pour justifier le choix de la sonde que nous préférons, voyons comment il faut l'employer. Quelques personnes font usage du spéculum pour introduire la sonde. Ce moyen peut être bon pour aider à pénétrer dans l'orifice externe, quand on n'a pas une habitude suffisante de cette petite opération. En ce cas, le spéculum doit être retiré aussitôt que l'on est parvenu dans la cavité du col ; car il gênerait plus tard dans les divers mouvements qu'il faut imprimer à la sonde : c'est pourquoi je préfère ne pas l'employer. Je me contente de faire glisser le bec de la sonde sur l'indicateur de la main gauche, préalablement introduit dans le vagin, et dont la pulpe est fixée sur l'ouverture du col. Ici déjà il peut se présenter quelquefois une première difficulté, indépendamment de celle que vous pourrez éprouver si vous n'êtes pas très exercé à reconnaître l'ouverture du col chez les femmes qui n'ont pas encore eu d'enfants. Il peut arriver que cette ouverture soit extrêmement petite et tellement rétrécie qu'il n'y ait pas moyen de faire pénétrer la sonde. Trois fois j'ai rencontré cette résistance insurmontable : une fois chez une femme qui avait eu des enfants, mais qui avait été fréquemment cautérisée ; chez elle l'orifice interne n'était pas rétréci comme l'externe. Les deux autres fois, c'était chez des femmes qui n'avaient pas eu d'enfants, et le rétrécissement existait également à l'orifice interne, si bien que pour une d'elles, qui est encore actuellement dans nos salles, il a fallu faire faire un redresseur à tige extrêmement fine, les tiges ordinaires ne pouvant pas être introduites. Dans des cas pareils, il suffit, après avoir introduit le spéculum, de faire, à l'aide du bistouri, quelques scarifications autour de l'ouverture du col ; on pénètre ensuite facilement. Quant à l'orifice interne, on ne parvient parfois à le franchir qu'après des tentatives plus ou moins répétées.

» Une fois arrivée dans la cavité du col, la sonde sera ensuite dirigée suivant l'axe du détroit supérieur du bassin, en supposant l'utérus dans sa position normale, et si l'on rencontre quelque résistance due aux replis valvulaires de la muqueuse, il ne faudra pas essayer de les franchir en passant brusquement et avec force ; mais bien aller doucement en imprimant au bec de la sonde de légers mouvements qui lui permettent de dépasser ces obstacles et d'arriver à l'orifice interne. Là il peut se présenter d'abord une résistance assez grande par suite du rétrécisse-

ment dont je viens de vous parler. Ensuite, il existe constamment une sensibilité particulière qui est plus ou moins vive selon les sujets. De telle sorte que, si la sonde est fine et l'orifice interne suffisamment large, l'instrument peut passer de la cavité du col dans celle du corps sans que vous éprouviez la sensation de résistance qui vous instruit du moment où a lieu ce passage ; mais vous serez toujours averti par la sensibilité de l'organe, car le col étant toujours à peu près insensible, et cet orifice ayant une assez grande sensibilité, il se produira, même chez les malades chez lesquelles le cathétérisme est le moins douloureux, une sensation désagréable dont la malade vous avertira ordinairement, et qui ne vous échappera jamais si vous y apportez une suffisante attention. Chez d'autres, il y aura des douleurs assez vives, avec de petites coliques semblables à celles que produisent les contractions utérines, puisque les femmes disent souffrir comme dans les petites douleurs qui annoncent que l'accouchement se prépare. Une fois dans la cavité du corps, la sensibilité cesse ; mais elle reparaît au moment où la sonde touche le fond de l'utérus, et donne lieu à cette douleur particulière qui, suivant l'expression des malades, *leur va au cœur*. Il est facile, du reste, de s'assurer que les parois de la cavité du corps sont sensibles partout en les touchant avec l'extrémité de la sonde, et si, après avoir franchi l'orifice interne, cette sensibilité paraît cesser, c'est que la sonde glisse doucement entre ces parois. Quand la sonde pénètre dans la cavité du corps de l'utérus, on sent qu'elle est plus libre et se meut plus facilement.

» Si vous éprouviez une résistance plus considérable offerte par les parois mêmes de l'utérus avant que vous fussiez parvenu jusqu'au fond de l'organe, c'est qu'il y aurait une déviation, et alors, au lieu d'insister pour pénétrer suivant la direction normale, vous devriez incliner le bec de la sonde suivant le sens vers lequel le toucher vous aurait fait supposer qu'existe cette déviation. S'il y avait rétroflexion, par exemple, la concavité devrait être dirigée en arrière et non plus en avant, et il faudrait faire décrire à la sonde un arc de cercle se passant dans le manche et ayant pour centre le bec, qui, par conséquent, pivoterait seul sur lui-même. Si l'on faisait pivoter le manche, le bec, à cause de la courbure de l'instrument, aurait à décrire un grand arc de cercle, ce qui ne pourrait avoir lieu sans douleur ni sans inconvénient, les parois de l'utérus se trouvant nécessairement contuses.

» La sonde ayant ainsi pris la direction du canal dans lequel elle doit pénétrer, l'utérus se redresse à mesure qu'on l'enfonce ; de telle sorte que la rétroflexion que j'ai prise pour exemple sera transformée en rétroversion quand la sonde sera arrivée au fond.

» Une fois la sonde introduite, il faut redresser l'organe dévié. Pour cela, on doit agir toujours avec douceur, en imprimant à la sonde un mouvement opposé à celui qui l'avait fait pénétrer. Pour juger approximativement quand la sonde est arrivée au fond de l'utérus, j'ai fait faire à 6 centimètres 1/4 (longueur qui représente la profondeur moyenne de cet organe à l'état normal) une échancrure qui peut être sentie par le doigt sans qu'on soit obligé de la retirer. Tant que la sonde n'a pas pénétré jusqu'à ce point, s'il se présente un obstacle, il y a lieu de penser que cet obstacle n'est pas le fond même de l'utérus, et, par conséquent, on peut essayer de le franchir, tandis que lorsqu'on l'a dépassé, il n'est pas prudent de vouloir aller plus loin.

» Je constate la profondeur de l'utérus en maintenant, quand je retire la sonde,

le doigt indicateur de la main gauche sur le point qui correspond à l'orifice externe, et c'est ainsi que je supplée au curseur de M. Huguier; car il est important de connaître la profondeur exacte de l'utérus, si l'on veut appliquer un redresseur intra-utérin, afin de donner à la tige une longueur notablement moindre.

» Quant à la longueur du col, on peut la reconnaître en tenant compte de la sensation particulière qu'éprouvent les malades et de la résistance qui existe à l'orifice interne. Il suffit de retirer l'instrument aussitôt qu'on est parvenu à ce point.

» J'insiste sur une recommandation que je vous ai faite, mais qui est importante pour la pratique; c'est de ne pas vous obstiner à vouloir introduire la sonde, si vous trouvez une résistance trop grande. Il vaut mieux renouveler vos tentatives deux, trois ou même quatre fois, que de chercher à pénétrer de vive force; car vous pourriez alors déterminer des accidents, ou tout au moins des douleurs assez vives pour dégoûter dès le principe les malades d'un traitement qui doit être assez long.

» Je vous engage, en outre, à *combiner le toucher avec le cathétérisme* de l'utérus. Le doigt, introduit dans le vagin pour guider l'instrument, explorera le col, appréciera l'épaisseur de ses parois en le circonscrivant, et tandis que la sonde le maintient fixé, reconnaîtra certaines sinuosités existant dans la direction du col, et qui sans cela resteraient ignorées; jugera enfin s'il y a des tumeurs au voisinage, et surtout si elles restent fixées quand on fait mouvoir l'utérus. M. Simpson pense que dans les cas de rétroflexion, il faut chercher à sentir le bec de la sonde au moment où il arrive dans la tumeur que forme l'utérus en arrière du col. Pour mon compte, je ne l'ai jamais pu sentir, même en employant des sondes aussi recourbées que celles de M. Simpson, et ceci s'explique par le redressement de l'utérus sur la sonde elle-même, suivant le mécanisme que je vous ai indiqué. Dans ces cas, en effet, on ne retrouve plus l'utérus à la même place; l'introduction de la sonde a suffi pour le relever, même avant qu'on ait exécuté le mouvement qui doit le ramener dans sa situation normale.

» Les mouvements imprimés à l'utérus à l'aide de la sonde vous permettent encore d'apprécier la rigidité ou la souplesse des tissus environnants, et les adhérences qu'il peut avoir contractées avec eux. Lorsque vous ramènerez la matrice dans sa position normale, vous agirez lentement et sans efforts, car en voulant la replacer brusquement, vous vous exposeriez à opérer des ruptures ou des tiraillements qui seraient suivis d'une inflammation redoutable.

» En retirant la sonde après avoir replacé l'utérus, il est bon de repousser un peu le col avec le doigt, afin de le maintenir le plus de temps possible dans la direction qu'on lui a donnée. »

Quant au *diagnostic différentiel*, je ne l'exposerai pas longuement ici, parce que c'est à l'occasion de chaque déviation en particulier que les détails viendront plus naturellement, ainsi que les tableaux synoptiques. Je me contenterai de quelques considérations générales.

C'est avec l'*abaissement de l'utérus* qu'on a confondu principalement les déviations utérines, ou plutôt on a pris l'habitude de désigner tous les déplacements sous ce nom général d'abaissement. Il y a cependant une bien grande différence entre un abaissement simple et une déviation. Voici ce que j'ai dit, à ce sujet, dans mes *Leçons cliniques* (1) :

(1) Page 152.

« Il est vrai que dans presque tous les cas, et principalement dans la rétroversion, l'utérus est engorgé et abaissé. Ce qui explique comment des praticiens très distingués, dont j'ai vu les consultations, ont pu, après avoir constaté cet abaissement, ne pas pousser plus loin l'examen et méconnaître l'existence de la déviation, c'est que, dans l'antéversion, ils avaient rencontré le corps très bas en avant, et dans la rétroversion le col très près de la vulve. Ils attribuaient aux tiraillements des ligaments les symptômes qui se manifestaient alors. Mais l'expérience démontre que s'il n'y a pas déviation, les ligaments ne sont pas généralement tiraillés d'une manière douloureuse, tant que le museau de tanche n'apparaît pas hors de la vulve. Et l'on conçoit très bien, théoriquement, que l'utérus, situé entre la vessie et le rectum, puisse glisser entre ces deux organes sans que ce déplacement occasionne d'accidents tant que sa direction restant la même, il ne comprimera ni l'un ni l'autre.

» C'est donc à la compression que l'utérus exerce sur les organes voisins, après avoir été dévié, que sont dus principalement les accidents. La preuve, c'est que les douleurs cessent si on le ramène dans une bonne direction, bien que l'abaissement soit toujours le même.

» Vous vous garderez donc bien d'attribuer à l'abaissement des symptômes qui disparaissent avant lui, et surtout de mettre en doute la réalité d'une guérison, par cela seul que l'abaissement persistera quand la déviation aura été réduite, et bien qu'il n'existe plus aucun symptôme de maladie. »

Les *diverses tumeurs* qui peuvent en imposer pour des déviations seront indiquées à l'occasion de chacune de ces dernières affections en particulier.

Les renversements de la matrice donnent lieu, comme on l'a vu, à un grand nombre de symptômes divers; il n'est donc pas étonnant qu'on ait pu croire à l'existence de plusieurs maladies très différentes sans en reconnaître la source qu'une exploration particulière pouvait seule révéler.

Ainsi on a traité plusieurs des malades soumises à mon observation, pour des *hystéries*, des *gastralgies*, des *dyspepsies*, des *névralgies diverses*, une *maladie du foie*, *des reins*, la *phthisie pulmonaire* elle-même ou une *affection organique du cœur*. Cette dernière méprise a eu lieu, ainsi que je l'ai fait remarquer ailleurs, dans un cas où l'anémie survenue dans le cours de la maladie donnait lieu à un bruit de souffle, à des palpitations et à des douleurs du côté gauche de la poitrine.

Transformation des déviations l'une dans l'autre. Il est un fait très important pour le diagnostic dont il me reste à dire quelques mots. Il arrive quelquefois qu'une *antéversion* peut, soit passagèrement, soit d'une manière permanente, *se transformer en rétroversion, et réciproquement.* J'ai été trois fois témoin de ce fait, M. Demarquay m'en a cité un exemple qui l'avait étonné au point qu'il avait cru s'être trompé, et j'ai appris que MM. Hervez de Chégoin et Amussat en avaient observé de semblables. En pareil cas, les malades ont le sentiment de ces déplacements variés et les signalent elles-mêmes. Il ne faudrait donc pas se hâter de croire à une erreur de diagnostic si un autre médecin avait trouvé une déviation différente de celle qu'on observe ; mais interroger avec soin les malades pour savoir si à un moment donné elles n'ont pas éprouvé, dans le bassin, une sensation particulière, suivie de symptômes qu'elles n'éprouvaient pas l'instant d'avant.

Pronostic. Il me suffit encore, sur ce point, de rappeler ce que j'ai exposé dans mes *Leçons cliniques* (1) :

« Je vous ai dit en quels termes M. Velpeau a porté le pronostic des déviations utérines. L'insuffisance des moyens qu'il avait en vue justifiait complétement la gravité de ce pronostic. Mais aujourd'hui il faut nécessairement y apporter de grandes modifications, car nous avons trouvé, dans le plus grand nombre des cas, la maladie parfaitement curable à l'aide d'un nouveau traitement méthodiquement employé.

» Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que l'ancienneté de la maladie n'a apporté aucun obstacle absolu à la guérison. Elle a été obtenue tout aussi bien, que la maladie durât depuis neuf années ou depuis un petit nombre de mois seulement. Ces faits sont contraires à la manière de voir de M. Davis (cité par M. Beattie) (2). Pour lui, les cas anciens et chroniques présenteraient plus de gravité, et ne pourraient être guéris qu'après une nouvelle grossesse. Vous avez pu vous assurer, par les exemples nombreux qui ont passé sous vos yeux dans cet hôpital, que toutes les déviations, même les plus anciennes, guérissent très bien sans qu'une nouvelle grossesse soit nécessaire, ce qui est fort heureux, puisque dans un très grand nombre de cas, la déviation est un obstacle à la conception. »

§ VII. — Traitement.

Le traitement des déviations utérines nous fournira les considérations les plus importantes. J'ai, en effet, à faire connaître et à apprécier aussi bien que possible des moyens nouveaux, diversement jugés et contre lesquels des médecins ont encore des préventions dont il s'agit de déterminer la valeur. D'une part, donc, je devrai entrer dans des détails assez longs pour décrire d'une manière suffisante ces moyens, et de l'autre je ne pourrai m'empêcher de discuter les objections qu'on leur a faites. Mais auparavant il importe de passer rapidement en revue ceux qu'on employait avant ces dernières années.

Redressement de l'utérus à l'aide d'une spatule. Evrat et Richter ont conseillé de relever l'utérus, à l'aide d'une spatule introduite dans le rectum. Ce procédé, qui ne s'applique qu'aux rétroversions et aux rétroflexions, peut avoir quelques avantages dans les renversements chez les femmes grosses, alors qu'on ne peut pas introduire un instrument dans la cavité de la matrice; cependant les accoucheurs préfèrent en général se servir des doigts introduits dans le vagin et dans le rectum. Mais quand il s'agit de renversements dans l'état de vacuité, on ne saurait hésiter à donner la préférence à la sonde utérine qui peut servir dans toutes les espèces de déviations.

Tampons, pessaires dans le rectum. C'est également aux seules déviations en arrière que s'appliquent ces moyens. Nous avons vu qu'Aétius avait proposé le tampon (*Glandem*); Vermondois et Desault ont suivi son exemple, et dans ces derniers temps M. Huguier a employé ce moyen dans un certain nombre de cas où il a eu un bon résultat. Ces cas sont rapportés par M. Dufraigne (3), qui a donné les observations détaillées.

(1) Page 153.
(2) *Cases of retrofl., in the Dublin quart. journ.*, août et novembre 1847.
(3) *Thèse citée.*

Plus récemment M. Favrot a conseillé l'introduction dans le rectum d'une vessie de caoutchouc vulcanisé qu'on introduit vide et qu'on remplit d'air ensuite. Je ne crois pas qu'on ait cité des observations à l'appui de ce dernier moyen.

Nous voyons donc que ce traitement ne s'applique qu'à la rétroversion et à la rétroflexion. Est-il même applicable à tous les cas de ce genre ? Peut-il être facilement supporté ? La matrice est-elle assez relevée pour rester en place longtemps après que le corps étranger a été enlevé du rectum ? Je ne crois pas que les faits que nous possédons puissent nous permettre de résoudre ces questions. Plus tard, sans doute, un résumé général de la pratique des médecins que je viens de citer nous permettra d'apprécier nettement les avantages et les inconvénients de ce traitement.

Pessaires divers dans le vagin. Drejer et Sander faisaient usage de pessaires destinés à ramener l'utérus dans son axe; M. Hervez de Chégoin (1) a employé des moyens analogues. Il se sert, en effet, de pessaires qui embrassent le col en même temps qu'une partie saillante dirigée soit en avant, soit en arrière, tend à repousser le corps dans une direction normale. M. Beattie (2) agit exclusivement sur le col à l'aide de *pessaires pleins* poussés dans le fond du vagin, entre l'utérus et le rectum pour les déviations en avant, et entre l'utérus et la vessie pour les déviations en arrière. Cette pratique a été très souvent imitée, soit qu'on ait introduit de véritables pessaires, soit qu'on ait placé tout simplement des *éponges*, des *bourdonnets de charpie*, des *morceaux de liége*.

Il est évident que par ces moyens on agit presque exclusivement sur le col. Mais que peuvent-ils lorsqu'il s'agit d'une flexion, et que, par conséquent, le corps ne peut pas suivre les mouvements imprimés au col ? Que peuvent-ils également lorsque l'utérus est mou, et que l'impulsion donnée à une de ces parties ne se communique pas aux autres ?

Les pessaires de M. Hervez de Chégoin ont, il est vrai, un appendice destiné à agir sur le corps; mais cette action est nécessairement très bornée, et c'est plutôt un moyen de sustentation qui s'oppose à ce que l'utérus pèse sur les parties voisines, qu'un redressement véritable.

On ne saurait nier cependant que ces moyens ne produisent de bons effets lorsqu'ils peuvent être supportés un temps assez long; mais il nous faudrait des observations bien détaillées pour nous montrer leur valeur comme traitement radical.

Quant à leurs inconvénients, on sait que fréquemment les femmes sont obligées de renoncer à ces corps étrangers, et M. Piachaud (3) a signalé un résultat peu avantageux des pessaires, qui n'agissent que sur le col. Ayant, dans une antéversion, porté un bourdonnet de charpie entre le col de l'utérus et le rectum, il vit quelque temps après que le col seul avait été repoussé en avant, et que, par conséquent, il s'était produit une antéflexion. Il est vrai que, dans ce cas, on avait fait usage d'un tampon de charpie et non d'un pessaire; mais l'action est évidemment la même.

Pessaires de baleine de M. Mayer. Le docteur Mayer, de Berlin, avait imaginé un instrument fort simple qu'il appliquait principalement aux chutes de l'utérus,

(1) *De quelques déplacements de la matrice, et des pessaires les plus convenables pour y remédier* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1833, t. II, p. 319).
(2) *Dublin journ.*, 1847.
(3) *Thèse citée.*



et que j'ai appliqué aux déviations. Il consiste dans une tige de baleine en forme de spatule et munie d'une éponge à sa petite extrémité. Sa grosse extrémité est percée de deux chas dans lesquels on passe un ruban de fil pour servir de ceinture. L'extrémité munie d'une éponge étant introduite dans le fond du vagin, en avant ou arrière, suivant l'espèce de déviation, on recourbe la baleine qui vient se fixer sur l'abdomen à l'aide de la ceinture de ruban de fil. Je n'ai obtenu, à l'aide de ce moyen, qu'une seule guérison, et M. Mayer ne l'emploie pas contre les déviations, mais bien le redresseur de Kiwisch dont je donnerai plus loin la description et qu'il a avantageusement modifié.

Traitement par adhérences du col au vagin. M. Amussat (1), n'ayant pas obtenu de véritables succès à l'aide des moyens mis généralement en usage, a eu l'idée de provoquer des adhérences entre le col et la paroi du vagin vers laquelle le corps est dévié. Pour cela il *cautérise avec le caustique de Vienne solidifié* la muqueuse du col et du vagin, et rapproche ces parties l'une de l'autre. Il faut, pour que ce procédé puisse être utile : 1° qu'il n'y ait qu'une simple version; 2° que le tissu de l'utérus soit assez ferme pour que les mouvements imprimés au col se transmettent au corps; 3° enfin que le vagin ne soit pas assez flasque pour que les tractions exercées sur lui par l'utérus, qui tend à basculer, ne fassent pas céder la paroi à laquelle il adhère par son col. On voit, par là, que l'application de ce procédé doit être assez restreinte.

Instrument de M. Bond. M. le docteur Bond (2) a imaginé un instrument à l'aide duquel il agit à la fois sur le col et sur le corps. Cet instrument n'est applicable qu'aux rétroversions. En voici la description telle que je l'ai donnée dans mes *Leçons cliniques* (3) : « Il se compose de deux tiges courbes concentriques, destinées à être introduites, une dans le rectum, l'autre dans le vagin. La tige *anale*, qui est la plus grande, est fixée au manche par un corps carré dans une rainure duquel la tige *vaginale*, plus courte, peut glisser ou être fortement fixée, à volonté, à l'aide d'une vis de pression. L'extrémité de chaque tige se termine par un bout d'ivoire; celui de la tige anale est sphérique, il doit être aussi volumineux que le permettra l'orifice inférieur du rectum, dans lequel il doit pénétrer. Celui de la tige vaginale, dont l'introduction est plus facile à cause des dimensions plus grandes de la vulve, est ovale. Les deux tiges, introduites séparément, l'une dans le rectum, l'autre dans le vagin, saisissent l'utérus et le maintiennent relevé quand on les a fixées l'une à l'autre à l'aide de la vis.

» Dans les deux cas dont l'auteur cite les observations que j'ai lues avec soin, il n'a pas été fait un usage méthodique et suivi de cet instrument. Il me semble donc être encore presque complétement à l'état de projet. Aussi, en attendant pour le juger, qu'il ait été suffisamment expérimenté, je me contenterai de faire remarquer que tout en étant très ingénieux, il sera difficilement supporté à cause de la longueur de ce manche qui fait saillie au dehors où il est exposé à tous les chocs. Ensuite l'utérus restera-t-il bien maintenu entre ces deux tiges qui le saisissent par des surfaces convexes, tandis que ces deux faces sont elles-mêmes également con-

(1) *Bull. gén. de thérap.*
(2) *Loc. cit.*
(3) Page 175.

vexes? Ne leur échappera-t-il pas en glissant, soit à droite, soit à gauche, au plus léger mouvement? »

Tels sont les principaux moyens qui avaient été mis en usage avant ces dix dernières années. Ceux que j'ai à faire connaître maintenant ont une importance particulière.

Emploi de la sonde utérine. La sonde utérine ne sert pas seulement à préciser le diagnostic, elle peut encore être très utile pour commencer le traitement, pour préparer l'utérus à recevoir un instrument à demeure, et parfois même, comme j'en rapporterai des exemples, son emploi a suffi pour procurer une guérison complète.

Il résulte de divers passages de l'ouvrage de Kiwisch, qu'il se servait depuis un certain temps d'une sonde particulière pour le traitement des déviations, et surtout des flexions, lorsque M. Simpson a mis en usage un instrument analogue. Il paraît que ces deux médecins ont été conduits au même résultat sans avoir connu les recherches l'un de l'autre. La sonde dont M. Kiwisch se servait d'abord n'avait rien de particulier. Plus tard, il la disposa de telle manière qu'après son introduction il pouvait en retirer le manche et la laisser dans l'utérus; mais il en résulte alors un véritable redresseur intra-utérin dont je parlerai plus loin, parce qu'il ne s'agit ici que de l'emploi de la sonde seule (1). Je vais donc passer immédiatement à la description de la manière dont on doit se servir de cet instrument pour redresser l'utérus et la présenter telle que je l'ai donnée dans mes *Leçons cliniques* (2) :

« *Redressement de l'utérus par la sonde.* Le traitement doit toujours commencer par des *applications répétées de la sonde.* On introduit l'instrument en suivant les règles que je vous ai tracées pour chaque espèce de déviation; seulement, au lieu de le retirer en maintenant le doigt sur la tige, comme on le fait lorsqu'on veut connaître la profondeur de la cavité utérine, on laisse le doigt dans le vagin, et l'on s'en sert pour repousser le col dans un sens opposé à celui qu'il affectait avant le cathétérisme; ce mouvement a pour but de *permettre* à l'utérus de rester plus longtemps dans la situation où on l'a placé, et d'exagérer même le redressement obtenu à l'aide de la sonde.

» Dans le même but, on doit aussi, pendant que la sonde est encore dans la cavité utérine, retourner sa concavité du côté opposé à celui de la déviation. Si l'utérus est dévié en avant, il ne faut pas trop insister sur ce mouvement rendu difficile par le voisinage du pubis contre lequel le manche de l'instrument vient arc-bouter; tandis que dans les cas de déviation en arrière, on a toute liberté pour agir, les parties molles du périnée, contre lesquelles se porte le manche, se laissant facilement déprimer. C'est peut-être pour cela que, dans ces derniers temps, j'ai pu, à l'aide de la sonde seule, guérir plusieurs déviations en arrière, et en particulier des rétroflexions; il est vrai que cette dernière forme présente une plus grande facilité de réduction à cause de la mollesse du tissu de l'utérus, au niveau même

(1) Déjà, en 1827 (voy. *Arch. génér. de méd.*, janv. 1827, p. 134), M. le docteur Guillon avait imaginé, pour fixer l'utérus, un instrument à deux branches s'ouvrant dans la cavité utérine, et auquel il donna le nom d'*éphelcomètre.* Cet instrument a quelque ressemblance avec celui de Kiwisch, et je tiens de M. Guillon qu'il avait eu l'idée de l'appliquer aux déplacements de l'utérus; mais des observations qui lui furent faites le détournèrent de cette application, de sorte que cette idée n'eut pas de suite.

(2) Page 134.

de la flexion. Cette mollesse permet à l'utérus de retomber complétement en avant, et de s'y maintenir si bien, que souvent on le retrouve encore après une ou plusieurs heures dans la situation qui lui a été donnée.

» Malgré les excellents effets produits par la sonde, même dans les cas où elle n'amène pas une guérison complète puisqu'elle prépare l'utérus à recevoir et à supporter le redresseur, il est des auteurs qui critiquent son emploi et même le proscrivent complétement. De ce nombre est M. Ashwell (1), qui le regarde comme un moyen mauvais et insuffisant. Je ne doute pas que beaucoup de ces médecins ne reviennent de cette prévention fâcheuse, quand, après avoir employé la sonde, ils auront vu survenir un soulagement rapide, une disparition souvent complète des douleurs et dans tout les cas une plus grande facilité pour l'introduction du redresseur. Si maintenant ils le repoussent sans le connaître suffisamment, c'est qu'ils jugent plutôt d'après des impressions dues à des idées préconçues que d'après des faits qu'ils auraient observés. »

Je dois ajouter que la sonde utérine est aujourd'hui d'un usage très répandu en Allemagne, en Angleterre et en France, et que tous les médecins qui ont appris à s'en servir, n'ont eu qu'à se féliciter de son emploi. M. Mayer, entre autres, dit formellement qu'avant de savoir se servir de la sonde, le diagnostic et le traitement des déviations était pour lui souvent impossible.

C'est en 1848 seulement que Kiwisch a imaginé la sonde à deux branches divergentes élastiques. Cet instrument est à deux fins, car après l'avoir introduit, on peut en laisser dans l'utérus une partie qui sert de redresseur. Voici, du reste, comment cet auteur rapporte les modifications par lesquelles son instrument a passé avant d'arriver à cette dernière forme :

« Dans le commencement, dit-il, je me servais de la sonde seule ; je fis ensuite faire une sonde dont on pouvait désarticuler le manche, la tige restant dans l'utérus fixée avec des liens autour du bassin. J'ai décrit cet instrument avec tous les détails et les résultats obtenus dans la première édition de cet ouvrage (1845); les résultats ont été très satisfaisants, mais il y avait l'inconvénient que les malades furent obligées de garder le lit et un repos absolu pendant tout le temps qu'elles portèrent l'instrument. Ensuite j'ai donné à la sonde une courbure demi-circulaire et des points d'appui solides : c'est le redresseur avec le bandage. Les malades peuvent faire, avec ces instruments, tous les mouvements, se promener, etc. ; mais l'introduction en est plus difficile, cependant on y parvient avec un peu d'habitude et je m'en sers encore aujourd'hui dans plusieurs circonstances. Cet appareil doit être accommodé exprès pour chaque malade. Il faut d'abord introduire la sonde, prendre la mesure exacte du diamètre longitudinal de la cavité utérine, et faire construire la tige trois lignes plus courte que cette mesure ; il faut mesurer avec le doigt la largeur de l'orifice externe et faire donner au disque ovalaire une largeur un peu plus grande, pour empêcher qu'il ne glisse dans l'orifice. Il faut donner à la branche externe une courbure bien appropriée au cas. Le bandage (semblable à un bandage à hernie et sur la pelote duquel se fixe la branche externe du redresseur) doit être aussi conformé suivant le sujet. »

Voici maintenant la description de l'instrument perfectionné ; je laisse parler l'auteur :

(1) *Practic. treat. of the diseases peculiar to women*. London, 1848.

SONDE A BRANCHES DIVERGENTES ET ÉLASTIQUES DE KIWISCH.

« L'appareil dont je me sers presque généralement depuis deux ans a la forme de ma sonde utérine dont la partie supérieure se trouve fendue de haut en bas, de l'extrémité boutonnée jusqu'à 2 pouces au-dessous, de manière que la partie supérieure se trouve constituée par deux branches divergentes, élastiques, dont la divergence supérieure au niveau du bouton a un pouce de largeur. Par les extrémités supérieures de ces deux branches divergentes passent des fils de soie, lesquels, tirés par un mécanisme, rapprochent les deux branches de manière que l'instrument prend la forme et l'aspect de la sonde utérine ordinaire. Au-dessous de la partie de la sonde qui pénètre dans la cavité utérine se trouve un évasement en forme d'entonnoir, destiné à loger la partie inférieure de la sonde. L'instrument se compose donc de deux pièces : de la partie supérieure à branches élastiques divergentes qui restent dans la cavité utérine, et de la partie inférieure munie d'un manche qui est retiré après l'introduction de l'instrument. Au bord supérieur de l'évasement en forme d'entonnoir se trouve soudée une canule flexible de fil métallique, longue de 2 pouces et demi à 3 pouces. L'instrument appliqué, cette canule flexible déborde un peu, et sert de guide à la partie inférieure de l'instrument lorsque celle-ci doit être introduite dans l'évasement pour ôter l'appareil. La partie inférieure consiste en une tige de métal, longue de 5 pouces, angulaire, légèrement recourbée, qui le fixe solidement dans l'évasement en forme d'entonnoir, de manière que les deux parties réunies forment un seul corps. Cette tige se termine en bas par un manche de bois de 3 pouces et demi de longueur, et sur lequel se trouve un mécanisme qui sert à ouvrir ou fermer, écarter ou rapprocher les branches divergentes de la partie supérieure. L'écartement ou le rapprochement s'opère au moyen d'un fort fil de soie qui passe par deux trous percés dans les deux moitiés du bouton qui termine la sonde en haut. De ces deux trous, les deux bouts du fil descendent en bas, s'entrecroisent au-dessous du milieu de la partie supérieure à sa face convexe, passent par deux ouvertures qui se trouvent, une de chaque côté, dans l'évasement à forme d'entonnoir, et descendent de là vers le manche de la sonde, au niveau duquel les deux bouts du fil se réunissent et se fixent sur un anneau de métal. Dans le corps du manche se trouve une gouttière de métal, longue de 2 pouces, dans laquelle se trouve un listel muni d'un crochet qui déborde la superficie du manche et avec lequel l'anneau s'accroche. Ce petit listel à crochet est mis en mouvement par une vis de rappel qui passe par la gouttière à travers le manche, et se termine à l'extrémité inférieure du manche en un disque crénelé. Si l'on tourne ce disque à droite, le listel à crochet, et avec lui l'anneau avec les fils de soie, descendent en bas dans la gouttière, et les branches de la partie supérieure de la sonde se rapprochent. Si l'on tourne le disque à gauche, le listel à crochet monte dans la gouttière, et les branches de la sonde s'écartent. Si le disque est tourné à droite jusqu'à ce que le pied du listel touche l'extrémité inférieure de la gouttière, les fils de soie se trouvent tendus fortement et les branches sont fermées : l'instrument représente alors la sonde utérine ordinaire, et on l'introduit suivant les règles. Après avoir redressé l'utérus, on tourne le disque à gauche pour faire monter le listel ; les branches de la sonde s'écartent et se fixent d'elles-mêmes

dans la cavité utérine. On détache alors l'anneau de son crochet en le laissant pendre librement, et l'on retire de la canule la partie inférieure de la sonde en laissant la partie supérieure en place.

» Si l'on veut ôter l'instrument, on introduit la partie inférieure dans la canule, on passe le crochet dans l'anneau, et l'on tourne le disque à droite jusqu'à ce que les fils se trouvent fortement tendus ; les branches sont alors fermées. On retire ensuite l'instrument avec précaution, en s'assurant qu'on n'a pas pincé quelque repli de la membrane muqueuse entre les branches de la sonde. Si cela avait lieu, il faudrait tourner un peu le disque pour ouvrir légèrement les branches ; le pli s'échappe alors ; on tire l'instrument en bas, on ferme de nouveau les branches, et l'instrument peut alors être retiré sans difficulté.

» Il faut choisir un fil de soie très fort et résistant ; si le fil se brisait, on aurait beaucoup de difficulté à retirer l'instrument.

» Nous avons appliqué cet instrument quelques centaines de fois sans que jamais cet accident nous fût arrivé. Cependant, par mesure de précaution, on pourrait appliquer un second fil qui descendrait et se fixerait à la canule, et qui fonctionnerait seulement dans le cas où le premier fil se serait brisé. »

Le docteur Mayer, de Berlin, qui a mis en usage l'instrument de Kiwisch, lui a reconnu plusieurs inconvénients qu'on peut résumer, comme il suit, avec le docteur Sickel (1) :

« 1° Quand la cavité du col est étroite, l'introduction de l'instrument est plus difficile et plus douloureuse que celle de la sonde ; cela provient de ce que les fils de soie placés sur la partie convexe de l'instrument passent difficilement dans les anneaux, ceux-ci étant très petits, et leur plissement pendant l'introduction détermine en même temps de la douleur.

» 2° Il arrive fort souvent qu'en retirant l'instrument, les fils sont agglutinés par le mucus et se cassent quand on l'ouvre.

» Mayer pense donc qu'on ne peut confier ni à la malade ni à des personnes étrangères à l'art le soin de cette opération.

» 3° L'introduction de l'instrument donne lieu tantôt à l'issue de quelques gouttes de sang, tantôt le sang répandu est en plus grande quantité ; il provient de ce que la cavité du col ou du corps a été blessée.

» 4° Enfin, l'irritation quotidienne qu'on fait éprouver à la muqueuse détermine un écoulement muco-purulent qui nécessite les secours de l'art.

» Pour remédier, ajoute M. Sickel, à quelques uns de ces inconvénients, Mayer a modifié ainsi l'instrument de Kiwisch :

MODIFICATIONS DE M. MAYER AU REDRESSEUR DE KIWISCH.

» A la partie supérieure des deux branches, à 3 lignes au-dessous de la petite ouverture qui y est placée, et à travers laquelle passe le fil, se trouve une seconde ouverture oblique de dehors en dedans et de haut en bas.

» Entre les deux ouvertures, sur le côté externe des branches, est tracé un sillon dans lequel se place le fil venant de l'orifice supérieur vers l'orifice inférieur du même côté ; il contourne ensuite la face interne, vient passer dans un anneau fixé

(1) *Jahrbücher der gesammten Medicin*, 1851.

sur ce côté des branches, continue sa route jusqu'à l'union de celles-ci, point où il est protégé par un petit pont. A l'union des branches, le fil se dirige en arrière, parcourt la face convexe de l'instrument dans un anneau long de 1 pouce jusqu'à l'extrémité supérieure de celui-ci, et au moyen de deux boutonnières qui se correspondent et faites par le fil lui-même, vient se fixer à un anneau mobile autour de l'instrument. »

REDRESSEUR DE M. SIMPSON.

C'est en 1843 que M. Simpson a fait d'abord connaître son redresseur, et tout porte à croire que Kiwisch et lui sont arrivés au même résultat, sans que les recherches de l'un aient été communiquées à l'autre.

Comme Kiwisch, il n'est pas arrivé du premier coup à l'invention de l'instrument tel qu'il l'emploie aujourd'hui.

D'abord il a fait usage d'un instrument qui a de l'analogie avec celui que M. Velpeau avait déjà employé, mais dont il avait abandonné l'usage. Cet instrument de M. Velpeau était une *tige fixée sur un demi-disque*. On introduisait la tige dans l'utérus, puis on tournait la convexité du demi-disque en avant ou en arrière, suivant qu'on voulait repousser le col en arrière ou en avant.

Le premier instrument de M. Simpson consistait dans un disque ovalaire métallique entier, sur lequel était fixée une tige également métallique, de 6 centimètres de diamètre, et articulée de manière à pouvoir se coucher sur la face supérieure du disque. On introduit l'instrument, la tige étant couchée, en présentant l'extrémité de l'ovale à l'ouverture du vagin ; puis quand l'extrémité de la tige a pénétré dans le col, on la relève, on la pousse jusque dans la cavité de l'utérus, et on laisse le disque libre dans le vagin, comme un pessaire ordinaire.

Cet instrument est souvent très bien supporté, parce qu'il se prête aux mouvements de la matrice ; mais il paraît beaucoup plus utile pour les flexions que pour les versions, et il est malheureusement d'une introduction très laborieuse et douloureuse.

Le *redresseur proprement dit* de M. Simpson est différent. Il consiste dans une tige intra-utérine de métal, que M. Rigby a fait faire d'ivoire. Cette tige a également 6 centimètres environ dans les cas ordinaires. Elle est fixée au milieu d'un disque ovale à bords arrondis sur lequel doit reposer le col. Ce disque a 4 1/2 centimètres dans son plus grand diamètre. De sa partie inférieure part une tige creuse qui se dirige d'arrière en avant, pour sortir du vagin quand l'instrument est en place. Dans cette tige, on introduit à frottement une tige pleine, au bout de laquelle est un plastron ou écusson de laiton, fortement recourbé à sa partie supérieure, pour venir s'agrafer pour ainsi dire sur la partie supérieure des pubis.

Tel est l'instrument de M. Simpson. Ce médecin n'emploie ni fils, ni cordons pour fixer le plastron ; la courbure de ce dernier doit suffire. Les essais tentés, en France, avec ce redresseur ont fait voir qu'il était d'un emploi très difficile, et bien qu'il m'ait procuré mes premiers succès, je n'ai pas tardé à sentir la nécessité de le modifier. Après plusieurs tentatives, je suis arrivé à me servir d'un *redresseur articulé*, avec disque de caoutchouc vulcanisé, qu'on insuffle après l'introduction de l'instrument, et à flexion fixe avec une ceinture de ruban de fil. Voici la description de cet instrument, que j'emprunte à mes *Leçons cliniques* :

« *Le redresseur utérin, à tige articulée*, est constitué par une tige destinée à pénétrer dans la cavité utérine ; cette tige de métal ou d'ivoire, d'une longueur variable, suivant les cas, a le volume d'une très petite plume d'oie ; elle surmonte un disque de métal de 2 centimètres de diamètre ; elle est fixée à la face supérieure de ce disque, sur laquelle doit reposer le museau de tanche, quand la tige sera dans l'utérus. Elle se termine en bas par deux saillies circulaires, entre lesquelles doit se placer le disque creux en caoutchouc, semblable à celui qui existe dans les irrigateurs vaginaux de M. Maisonneuve. Cette première partie de l'appareil est unie par une articulation à ressort, avec une autre tige de métal qui, devant rester dans le vagin, a reçu le nom de *tige vaginale*.

» Le ressort, situé à l'articulation du disque avec la tige vaginale, est disposé de telle sorte, qu'il sert à maintenir ces deux parties fléchies à angle droit l'une sur l'autre. En ouvrant le ressort, on peut abaisser le disque et la tige utérine, qui le surmonte, jusqu'à ce qu'ils se continuent en ligne droite avec la tige vaginale. Le mécanisme du ressort ne s'oppose pas à ce qu'après avoir été unies dans cette position, les deux tiges puissent être fléchies de nouveau l'une sur l'autre ; mais lorsqu'on arrive à l'angle droit, le ressort entre en jeu (à la façon de ceux qu'on adapte à certains couteaux-poignards) et les maintient fixées dans cette situation.

» La tige vaginale est creusée pour recevoir une tige pleine qui s'unit à angle droit, sans articulation, avec un plastron destiné à se fixer sur l'abdomen. La direction du plastron est donc à peu près parallèle à celle de la tige utérine, et les mouvements imprimés à l'une de ces deux portions de l'instrument doivent se communiquer à l'autre, quand l'appareil est en place, la tige du plastron étant introduite dans la cavité de la tige vaginale.

» Les deux parties distinctes dont se compose l'appareil sont maintenues réunies, à l'aide d'un fil passé dans un trou pratiqué à la tige vaginale, près de l'articulation ; ce fil est noué sur le plastron.

» Le plastron est fixé le long de l'abdomen, à l'aide de deux liens situés à sa partie supérieure et formant *ceinture ;* deux autres liens, devant servir de *sous-cuisses*, sont attachés à sa partie inférieure, près du point sur lequel doit être noué le fil qui unit les deux portions de l'instrument.

» Cet instrument, ainsi constitué, diffère de celui de M. Simpson, d'abord par le volume du disque. Le sien est ovale, et son plus grand diamètre a plus de 4 1/2 centimètres, ce qui rend son application difficile, car il faut le faire pénétrer dans le vagin en même temps que le doigt, qui guide son introduction. Aussi est-ce la première chose que j'ai songé à modifier dans l'instrument de M. Simpson, et d'abord j'avais simplement diminué et réduit à 2 centimètres le diamètre du disque. J'avais même songé à supprimer le disque chez les vierges, pour éviter de détruire l'hymen. Mais en diminuant le disque, on risque de le voir pénétrer dans le col, et alors la tige peut toucher le fond. Avec le disque en caoutchouc, on n'a aucun inconvénient. On l'introduit vide, ce qui ne gêne en rien la manœuvre ; puis on l'insuffle, ce qui l'empêche de pénétrer.

» Une autre différence, et celle-là est capitale, c'est que dans l'instrument de M. Simpson, le disque, supportant la tige utérine, est soudé sur la tige vaginale. La flexion est donc permanente, et pour introduire l'instrument, il faut adapter à la tige vaginale un manche fortement recourbé en sens contraire. J'ai fait longtemps

usage de ce redresseur à flexion fixe, mais à disque plus petit, soit constitué comme je viens de vous le dire, soit légèrement modifié, en ce que la tige vaginale, au lieu d'être creusée pour recevoir le plastron, étant au contraire pleine et allongée, pénétrait dans un trou du plastron, que l'on fixait ensuite à l'aide d'un écrou à vis. Avec ce dernier instrument, on n'avait pas besoin de manche pour introduire la tige utérine, la tige vaginale étant assez longue pour y suppléer. Après l'introduction, les deux parties de l'appareil restaient solidement réunies, ce qui était important, puisque c'est surtout pour les empêcher de se séparer, ainsi que cela avait eu lieu dans plusieurs cas, que j'ai eu l'idée d'apporter cette modification. Depuis, j'y ai renoncé, parce que je me suis assuré que le simple fil ciré dont je me sers de préférence suffit parfaitement.

» Le redresseur à flexion fixe a été utilement employé dans un bon nombre de cas, et surtout dans ceux d'antéversion avec ou sans flexion, pour lesquels son introduction n'offrait pas d'aussi grandes difficultés. Mais il n'en a pas été de même, quand il s'est agi de rétroversions, et surtout de rétroflexions, la courbure que formait l'instrument avec le manche *porte-tige*, venant arc-bouter contre le pubis, rendait l'opération laborieuse, difficile et quelquefois impossible.

» C'est le désir d'obvier à de tels inconvénients, qui m'a porté à rechercher un moyen de supprimer la flexion de la tige utérine sur la tige vaginale pendant l'introduction de l'instrument, pour la rétablir quand il serait placé.

» J'étais d'abord parfaitement arrivé au but que je me proposais avec un instrument malheureusement trop compliqué. C'est le *redresseur à flexion graduelle*, dont voici la description abrégée : un bouton, situé à l'extérieur, fait jouer une vis à l'aide de laquelle la tige utérine et le disque qui la supporte s'élèvent ou s'abaissent à volonté. Une échelle graduée, placée près de ce bouton, permet de se rendre compte du degré d'inclinaison de la tige utérine. Le plastron se fixe au moyen d'une vis de pression sur la portion de la tige vaginale qui dépasse notablement la vulve.

» On voit que cet instrument n'a pas toute la simplicité désirable ; mais outre ses complications, on peut lui reprocher son poids considérable qui fatigue beaucoup les malades, et cette saillie de la tige vaginale hors de la vulve, qui lui permet de recevoir des chocs inattendus, et de les transmettre à l'utérus, en développant une grande douleur.

» Son plus grand avantage est de permettre de relever graduellement l'utérus, et de le maintenir aussi longtemps qu'on le jugera convenable dans les positions intermédiaires ; tandis qu'avec l'instrument articulé il faut arriver de suite au redressement complet, et alors c'est seulement avec la sonde que l'on passe par ces positions intermédiaires.

» Après avoir exposé les modifications essentielles successivement apportées à l'instrument, et les motifs qui m'ont porté à les lui faire subir, vous dirai-je que pendant un temps j'ai fait garnir les plastrons d'une peau souple et rembourrée, afin d'éviter le frottement d'un corps dur sur le pubis ? mais j'y ai renoncé parce qu'il en résultait une sensation de chaleur insupportable, et qu'une fois imprégné de sueur et de mucosités il répandait une odeur désagréable ; tandis qu'un peu de ouate, placée entre le plastron en laiton et la paroi abdominale, remplit le même usage et offre, en outre, l'avantage de pouvoir être facilement renouvelée dans un but de propreté.

» Ajouterai-je que M. Simpson diffère encore de nous en ce qu'il n'emploie pas de liens, et se contente de recourber fortement au-dessus du pubis le plastron qu'il fait très petit? Pour moi, je trouve aux liens l'avantage de fixer plus solidement l'instrument, et de pouvoir, suivant la manière dont on les attache, faire varier dans tel ou tel sens l'inclinaison de la tige utérine.

» *Introduction du redresseur utérin.* Le redresseur articulé que je viens de vous décrire sera introduit dans l'utérus comme le serait une sonde droite. Pour cela, il doit être préalablement ouvert de telle sorte que la tige utérine et le disque qui la supporte fassent, avec la tige vaginale, une ligne droite. Comme cette partie de l'appareil n'offre pas assez de longueur pour pouvoir être facilement manœuvrée, on se sert d'un manche porte-tige presque droit qui pénètre dans la cavité de la tige vaginale, et que l'on retire ensuite pour placer le plastron.

» Comme la tige vaginale forme une légère courbe à concavité supérieure dont je n'ai pas cru devoir tenir compte dans la description, le manche porte-tige présente une courbure analogue en sens opposé, qui corrige la première et donne au tout, non pas la forme d'une ligne droite, mais celle d'un S allongé et dont les deux courbures seraient considérablement aplaties.

» L'instrument ainsi disposé, on l'applique, je le répète, comme s'il s'agissait d'une sonde droite. On rencontre les mêmes difficultés que pour l'introduction de la sonde; on les surmonte en usant des mêmes précautions.

» Lorsque la tige a pénétré en entier dans la cavité utérine, le doigt qui était resté dans le vagin pour servir de conducteur à l'instrument, sent le col venir toucher le disque sur lequel il s'applique directement.

» C'est alors qu'il faut rétablir la flexion entre les deux tiges, et pour cela il suffit de porter en haut, en le poussant en arrière, le manche qui entraîne la tige vaginale. Mais comme au moment où le ressort entre en jeu la muqueuse du cul-de-sac postérieur du vagin pourrait être blessée, ou tout au moins douloureusement pincée, il faut avoir soin de l'éloigner en la déprimant avec le doigt.

» Cela fait, on voit la tige vaginale qui apparaît à la vulve être entraînée vers la fourchette dans les cas de déviation en avant, vers le clitoris, dans ceux de déviation en arrière, par suite du mouvement en sens opposé que le corps de la matrice imprime à la tige utérine; car il tend, en vertu de son poids, à reprendre sa position vicieuse. Dans quelques cas même, surtout dans ceux de rétroversion, l'utérus, considérablement engorgé, est assez volumineux et assez lourd pour qu'il y ait lieu de craindre que la paroi supérieure du vagin ne soit blessée par la pression de l'extrémité libre de la tige vaginale, ou que cette tige ne vienne arc-bouter sous le pubis, de telle sorte qu'il soit difficile de l'atteindre pour placer le plastron. Il sera facile d'obvier à ces inconvénients en n'abandonnant pas la tige à elle-même lorsqu'on retirera le manche pour placer le plastron, et il suffira d'un seul doigt pour la maintenir.

» Une fois le plastron placé, on unit ensemble les deux pièces de l'appareil en nouant sur la partie inférieure du plastron les deux chefs du fil que l'on avait, au préalable, passé dans le trou de la tige vaginale. Il suffit de serrer assez fortement pour que les deux pièces ne puissent se séparer; mais on doit laisser assez de jeu pour qu'aucune partie ne soit lésée.

» Le tout est ensuite maintenu autour du corps à l'aide des cordons supérieurs

servant de ceinture. On serre fortement dans un cas de déviation antérieure, modérément dans un cas de déviation en arrière ; vous comprenez dans quel but.

» Grâce à la solidarité établie entre les deux parties de l'appareil, la tige utérine se meut en même temps que le plastron, et comme elle lui est parallèle, ses mouvements ont lieu dans le même sens ; si donc vous appliquez fortement le plastron contre la paroi abdominale, vous rejetez d'autant plus en arrière la tige qui emporte avec elle la matrice, et l'on a tout intérêt à exagérer ce mouvement de translation en arrière pour combattre un déplacement en avant. C'est pourquoi l'on serre fortement la ceinture à laquelle on attache même les sous-cuisses.

» Dans le déplacement en arrière, au contraire, on a tout avantage à ramener le corps de l'utérus le plus en avant possible, en refoulant le col en arrière ; il faut donc éloigner le plastron de la paroi abdominale. On y parvient en serrant très modérément la ceinture et en tirant, au contraire, assez fortement sur les sous-cuisses que l'on attache au plastron lui-même, afin de le faire descendre un peu et de le ramener en avant.

» Le redressement ne devra être appliqué que lorsqu'on aura employé la sonde seule pendant un temps suffisamment long pour être assuré qu'elle ne peut suffire au traitement, ou dans les cas dans lesquels l'utérus a une si grande tendance à reprendre sa situation vicieuse, qu'il y retombe aussitôt après avoir été relevé par le cathétérisme. Vous n'avez pas oublié que nous avons eu une antéversion et plusieurs rétroflexions guéries, ou près de l'être, par le cathétérisme seul : ce qui suffit pour nous engager à persister plus longtemps dans l'emploi de ce moyen.

» Dans tous les cas, l'instrument ne doit être placé qu'à une époque notablement éloignée de la période menstruelle, quatre ou cinq jours au moins après la disparition, et sept ou huit jours au moins avant l'apparition des règles ; car il aurait l'inconvénient ou de ramener une hémorrhagie inquiétante et peut-être de provoquer une inflammation de l'utérus si les règles avaient cessé depuis trop peu de temps, ou de les faire avancer si elles devaient bientôt paraître. Dans tous les cas, s'il survient quelqu'un de ces légers accidents, il faut enlever l'instrument. J'ai vu des cas rares, il est vrai, où il n'a pu rester que vingt-quatre ou trente-six heures, parce qu'il faisait avancer les règles de dix ou douze jours, et c'est surtout lors d'une première application qu'il en était ainsi, car aux suivantes son action était moins évidente.

» Cette avance des règles, et les légères métrorrhagies provoquées par le redresseur, sont un des principaux obstacles apportés au traitement, et vous avez vu quelle persistance il faut pour les surmonter. Chez les femmes qui, pour une cause ou pour une autre, ne sont pas actuellement menstruées, la tige est bien plus longtemps supportée.

» Son application produit les mêmes effets immédiats que l'application de la sonde, c'est-à-dire que pendant trois, quatre ou cinq heures, les femmes éprouvent des coliques utérines se dissipant par moment pour revenir bientôt après ; puis reparaissant moins fortes le lendemain ou les jours suivants pour cesser ensuite complétement, jusqu'à ce que, revenant de nouveau plus intenses, plus rapprochées, après avoir été parfois précédées de malaise général, avec douleurs vagues dans les membres, elles indiquent l'approche des règles et le moment où le redresseur doit être enlevé.

» *Longueur qu'il convient de donner à la tige intra-utérine.* Une précaution capitale pour le succès du traitement, c'est d'introduire dans l'utérus une tige assez courte, pour que son extrémité n'aille pas heurter le fond de l'organe. C'est pourquoi je vous ai recommandé de prendre avec la sonde la mesure de la cavité utérine, afin que vous puissiez donner à votre instrument une longueur moindre.

» D'après ce qui se passe quand le bec de la sonde vient heurter même accidentellement la paroi utérine, vous pouvez juger quels troubles provoquerait le contact continuel d'une tige trop longue appuyant sur cette même paroi.

» Indépendamment de douleurs insupportables et continuelles, il y aurait des métrorrhagies et même de l'inflammation. Dans un cas, de semblables accidents me forcèrent à enlever un redresseur dont la tige avait 6 centimètres. Je le fis réduire à 5 centimètres, et non seulement elle fut très bien supportée, mais même procura une prompte et solide guérison.

» Maintenant, je ne me contente plus, comme je le faisais dans le principe, de donner à la tige une longueur moindre de 5 ou 10 millimètres seulement que la profondeur de la cavité utérine; je pose en règle générale que *cette tige doit avoir le moins de longueur possible.* Dans les cas de version simple, sans flexion, si le tissu de l'utérus est résistant, non ramolli, il suffira que la tige pénètre un peu au delà de l'orifice interne pour pouvoir le faire basculer complétement, le corps devant suivre en sens opposé le mouvement imprimé au col, attendu qu'un organe solide et résistant, quand bien même il serait creux, doit se déplacer en totalité lorsqu'un mouvement se passe à l'une de ses extrémités. Donc, avec une tige de 4 à 5 centimètres au plus, on réussira toujours à relever la matrice, en ayant la certitude de ne jamais arriver au contact de sa paroi supérieure. Dans les cas de flexion, ce n'est plus comme pour les versions simples; cependant, pour maintenir l'organe redressé, il suffit que la tige dépasse d'un centimètre le point de flexion, qui se trouve presque toujours au niveau de la réunion du col avec le corps, ou au-dessous. Par conséquent, la tige n'a pas besoin d'être plus longue que pour les versions simples.

» J'insiste beaucoup sur cette nécessité de raccourcir les tiges utérines, parce que si vous ne le faites pas, vous aurez au moins le désagrément de causer à vos malades une douleur plus considérable qu'il vous eût été facile de leur épargner. Et beaucoup d'entre elles, de celles surtout qui ne se sont soumises au traitement qu'avec beaucoup de peine, et après de nombreuses sollicitations de leur famille, s'empresseraient de prendre prétexte de ces coliques violentes éprouvées au début pour l'abandonner complétement avant d'en avoir retiré aucun avantage.

» Tandis que si, au contraire, la tige est juste assez longue pour maintenir l'utérus sans atteindre son fond, elles se trouveront immédiatement soulagées et se montreront ensuite très dociles à exécuter toutes vos prescriptions.

» *Séjour du redresseur; époque à laquelle il convient de l'enlever.* La femme qui porte le redresseur doit être surveillée très attentivement et revue tous les jours, au moins dans les premiers temps.

» Il est important de s'assurer si l'instrument ne s'est pas déplacé. Quelques unes, très indociles, dénouent les cordons et, quand elles les renouent, la tige qui, pendant un mouvement, est sortie de l'utérus, reste dans le vagin dont elle peut blesser les parois; d'autres, sous prétexte de remplacer les sous-cuisses souillés par du sang ou des mucosités, coupent en même temps le fil destiné à maintenir les deux

pièces de l'appareil, qui peuvent alors se séparer et venir chacune de son côté contusionner le vagin. Quand il en est ainsi, il faut immédiatement réappliquer le redresseur, et le maintenir plus solidement fixé.

» D'un autre côté, il faut toujours, à la première apparition d'un symptôme fébrile quelconque, être prêt à l'enlever, même en dépit des malades, qui en ayant éprouvé du soulagement, désirent le conserver plus longtemps. Mais il ne faut jamais leur céder sur ce point, car il est important, dans le cours d'une affection intercurrente, même légère, de débarrasser l'utérus de ce corps étranger qui, y entretenant une certaine irritation, peut attirer de son côté des accidents inflammatoires.

» J'enlève aussi, en général, le redresseur *lorsque surviennent les règles* qui, vous le savez, peuvent être avancées par sa présence. M. Simpson le laisse en place pendant la durée de la période menstruelle; il rapporte un fait dans lequel il l'a laissé pendant dix mois consécutifs, et dans une lettre que j'ai reçue de lui, il m'apprend qu'une de ses clientes le conserve *depuis plus de trois ans*, ne voulant pas le laisser enlever, tant elle craint que les symptômes qu'il a fait cesser ne se reproduisent quand l'utérus sera abandonné à lui-même. Mais d'une part, vous avez vu qu'en le laissant beaucoup moins longtemps, nous avons obtenu d'excellents résultats, et de l'autre, on a signalé des accidents survenus dans des cas où le redresseur était resté trop longtemps. Pour mon compte, j'ai vu parfois survenir des douleurs très vives et de l'anémie à la suite de règles plus abondantes et se prolongeant plus longtemps quand j'ai voulu laisser le redresseur en place. Aussi, aujourd'hui, je juge, sauf dans quelques cas où il ne produit aucun trouble, plus prudent de l'enlever, pour le replacer plus tard s'il y a lieu.

» Enfin quand les malades ont porté le redresseur pendant un certain temps, un moment arrive ordinairement où, après avoir joui d'une santé parfaite, elles sont prises de coliques utérines plus ou moins fortes et rapprochées, de douleurs se prolongeant dans les lombes, quelquefois avec une courbature générale et un peu de tension du ventre. Il faut alors enlever le redresseur, car, ou les règles vont apparaître, et il pourra être nécessaire de le replacer plus tard, ou elles ne se montreront pas encore, et ces symptômes indiquent que la présence de l'instrument a déterminé dans l'utérus un travail favorable à la guérison. Je pense, en effet, que l'utérus ne se maintient pas en place seulement parce qu'on l'y a remis, mais parce que la tige utérine, en séjournant dans sa cavité, a eu sur ses parois une action excitante, susceptible de modifier la vitalité des tissus. Cette action commence à se produire après un temps variable (1).

» On sait que la susceptibilité de l'utérus est bien plus grande aux approches des règles que pendant les intervalles qui les séparent. Aussi les femmes qui, pour une cause ou pour une autre, ne sont pas réglées, supportent-elles l'instrument pendant un temps beaucoup plus long que les autres. Je l'ai vu, chez elles, rester quarante-huit et quarante-neuf jours en place, tandis que le terme habituel est de huit ou dix jours, et que quelquefois il n'a pu être supporté que vingt-quatre ou trente-six heures. Quoiqu'il en soit, je ne doute pas que, pour assurer la guérison,

(1) Les succès que j'ai obtenus depuis à l'aide du *redressement par la sonde et de l'emploi de la vessie en caoutchouc combinés* prouvent que cette modification n'est pas aussi nécessaire que je le croyais.

il ne faille attendre la manifestation de ces symptômes, qu'ils arrivent au bout de vingt-quatre heures ou de cinquante jours, car je dois vous dire que la durée du séjour de l'instrument n'a pas eu une influence autre que celle-là, et les guérisons survenant après vingt-quatre ou trente-six heures sont tout aussi solides et tout aussi exemptes de rechutes que celles qui ont été obtenues après un temps beaucoup plus long. »

Après avoir ainsi fait connaître les instruments propres à redresser l'utérus, je vais exposer les conséquences immédiates de ce traitement; puis je ferai connaître les résultats définitifs obtenus par les médecins qui l'ont mis en usage et par moi.

Conséquences immédiates du traitement. Dans mes *Leçons cliniques* j'ai noté qu'en général l'action du traitement est notablement plus marquée dans les cas de flexion que dans ceux de version complète, et dans les déviations en arrière que dans les déviations en avant. Mes observations ultérieures m'ont démontré l'exactitude de cette seconde partie de la proposition. Quant à la première, celle qui est relative aux flexions, il n'en a pas été tout à fait de même. J'ai trouvé, en effet, un certain nombre de *flexions en avant*, très probablement congénitales, qui se sont montrées rebelles. Les cas de ce genre appartiendraient-ils plus particulièrement à cette forme signalée par MM. Kiwisch, Virchow, Depaul, etc., et dans laquelle la paroi antérieure est non seulement ramollie, mais encore très atrophiée au point correspondant à la flexion. C'est ce que je ne peux pas décider. Ce qu'il y a de certain, c'est que ces cas même ne sont pas toujours incurables, car j'en ai vu où un bourrelet antérieur a pendant longtemps indiqué le siége du ramollissement après le redressement, et M. Mayer a obtenu la guérison de cas semblables. Sous le rapport des flexions postérieures, ce que j'avais annoncé dans mes leçons cliniques s'est réalisé.

État de l'utérus après le redressement. « Il ne faut pas espérer, ai-je dit dans mes *Leçons cliniques* (1), que chez toutes les femmes guéries d'une déviation, vous trouverez immédiatement l'utérus dans le même état d'intégrité que si elles n'avaient jamais été malades. Vous savez déjà que, le plus souvent, il reste un certain abaissement, ou un repli saillant au point où existait la flexion; je vous ai, en vous parlant de l'antéflexion, expliqué la formation de ce repli par suite de l'affaissement de la paroi moins épaisse dans le point correspondant. L'essentiel, pour que la guérison soit complète, c'est que l'axe de l'organe ne soit plus, en tout ou en partie, dévié de la direction de l'axe du détroit supérieur du bassin.

» Cependant, la guérison pourra parfois être considérée comme complète, sans que ces deux axes se correspondent parfaitement. A la suite de l'antéversion surtout, il vous arrivera fréquemment de rencontrer encore une légère obliquité de l'utérus en avant, après la disparition de tous les accidents produits par la déviation. J'ai vu des médecins qui, dans des cas semblables, ne se montraient nullement satisfaits du résultat obtenu, quoique les malades fussent dans un état de santé parfaite, et pussent faire de longues courses sans se fatiguer; tandis qu'auparavant, elles étaient très souffrantes et pouvaient faire à peine quelques pas, le corps courbé en avant. Toutefois, il est incontestable que même un certain degré d'inclinaison est parfaitement compatible avec la santé, et l'on doit s'estimer heureux quand on a mis l'utérus dans une position telle qu'il n'existe plus d'accident.

(1) Page 166.

» Il pourrait rester une crainte, c'est que dans cette position l'utérus eût plus de tendance à se déplacer de nouveau dans le même sens ; mais les faits ne justifient pas cette crainte.

» J'ai vu plusieurs femmes chez lesquelles l'utérus s'est trouvé dans cette position oblique et s'y est parfaitement maintenu. Je crois que du moment où on l'a relevé assez pour qu'il n'existe plus d'accidents, il se fait dans les ligaments larges, précédemment tiraillés, un certain travail qui leur rend leur tonicité et leur permet ainsi de maintenir parfaitement l'utérus dans la situation qu'il occupe.

» Mais ce n'est pas tout, le temps vient ensuite consolider la guérison, car peu à peu l'organe devient volumineux par suite de la disparition de l'engorgement dont il était le siége. Alors l'utérus, devenant plus léger, remonte à la place qu'il doit occuper normalement, et il ne reste plus aucune trace de la lésion utérine. La diminution de volume de l'utérus sous l'influence de sa nouvelle position se fait, en général, assez rapidement ; mais dans les cas où l'engorgement était très considérable, il a fallu quatre, cinq et six mois pour que ce résultat si désirable ait été obtenu.

» La preuve, du reste, que dans ce cas la guérison est bien réelle, c'est la cessation des douleurs et de tous les autres symptômes généraux ou fonctionnels par lesquels se traduisait la maladie.

» Je veux aussi vous faire remarquer une circonstance particulière qui s'est présentée deux fois à mon observation. Dans deux cas d'antéversion avec engorgement considérable, l'utérus étant lourd et volumineux, les accidents intestinaux dus à la compression du rectum par le col utérin, non seulement n'ont pas diminué, mais même ont augmenté après un commencement de redressement obtenu avec l'instrument. C'est que dans ce cas les premiers accidents avaient été produits par la simple pression du col volumineux sur la paroi antérieure du rectum, tandis que plus tard l'utérus n'étant pas complétement redressé, mais occupant une direction oblique à peu près moyenne entre sa direction normale et horizontale, le col, poussé par le poids de l'organe, venait presser, non plus transversalement, mais obliquement de tout ce poids sur la partie inférieure du rectum.

» Dans ces cas, il m'a suffi d'appliquer un redresseur à tige très courte en fixant fortement le plastron contre la paroi abdominale, afin de ramener le col en avant pour obtenir un soulagement immédiat, marqué surtout pendant le séjour de l'instrument. Une de ces malades est guérie, l'autre est encore en traitement, et après chaque application de l'instrument on constate une amélioration plus grande, avec disparition de plus en plus marquée de la douleur et diminution du volume de l'utérus. »

Il importe maintenant d'exposer avec soin les résultats définitifs de ce traitement particulier.

Kiwisch, qui s'en est beaucoup occupé et qui a, comme nous l'avons vu, inventé des instruments particuliers, n'a pas donné d'indications très précises sur les effets du traitement. Il n'en est pas de même de M. Mayer (1) qui, dans un de ses articles, a cité huit cas de guérison complète sur douze, les quatre autres étant encore en traitement.

(1) *Erfahrungen über das neue von Kiwisch erfundene Instrument;* etc., in *Verhandlungen der Gesellschaft für Geburtsh.* Berlin.



M. Simpson (1) s'est contenté de dire qu'il avait obtenu un grand nombre de guérisons et que lors même que le redresseur ne procurait pas la cure radicale, il en résultait un soulagement que les autres moyens ne procuraient pas. MM. Rigby (2), Protheroe, Smith, etc., ont cité des faits favorables à ce traitement.

Ces résultats ont une importance réelle ; mais j'ai pensé qu'il fallait apporter plus de précision dans l'étude des faits et déjà, dans mes *Leçons cliniques*, j'avais donné les résultats obtenus dans tous les cas que j'avais traités.

Voici ce que j'avais noté à cette époque : sur 68 cas de déviations utérines de toute espèce j'avais eu 44 guérisons définitives, 6 améliorations notables, 3 rechutes, 2 cas où l'utérus a été remis en place sans que les douleurs fussent calmées, 2 cas dans lesquels le traitement a été incomplet, 9 qui étaient encore en traitement, et 2 chez lesquels tout avait été infructueux.

Aujourd'hui j'ai pu porter le nombre des malades traitées à 117, dont il faut retrancher 9 cas de renversement en arrière traités par un autre procédé que je ferai connaître plus loin. Restent donc 108 cas.

Je dois dire d'abord que sur les 68 cas primitivement observés, 12 des malades qui avaient été simplement améliorées, ou qui avaient eu des rechutes, ou qui étaient encore en traitement, ont fini par guérir complétement, ce qui porte à 56 le nombre des guérisons définitives sur 68 cas. Dans les 12 autres cas la guérison n'a pas été obtenue, soit qu'il n'y ait eu aucune amélioration, soit que, malgré le redressement, des symptômes plus ou moins pénibles aient persisté.

Sur les 40 cas traités ultérieurement, abstraction faite des 9 dont j'ai parlé plus haut, et que j'ai traités par un moyen particulier, les choses se sont passées comme il suit : 22 ont été guéris, 8 ont été seulement améliorés, la plupart ayant fait, pour divers motifs, un traitement incomplet ; 6 sont encore en traitement et 4 n'ont éprouvé aucun bon effet du traitement.

En réunissant ces chiffres nous trouvons, sur 108 cas traités par le redresseur utérin : 78 guérisons définitives, 8 améliorations, 8 malades en cours de traitement et 14 malades chez lesquelles il n'y a pas eu d'amélioration, soit que le traitement ait été impuissant, soit qu'il n'ait pas été suivi jusqu'au bout.

Date de la guérison. Il est très important de constater la date de la guérison, car une objection qu'on a faite à ce traitement, c'est que l'utérus, une fois replacé, a une grande tendance à se dévier de nouveau. C'est, en effet, ce qu'on devait craindre théoriquement, puisque la matrice étant seulement suspendue dans le bassin, on devait penser que, soumise aux mêmes causes, elle éprouverait tôt ou tard leur effet et se déplacerait de nouveau. Pour répondre à cette objection, je me contenterai de citer les faits de la première série qui sont les plus anciens. Les 56 cas de guérison datent tous aujourd'hui de plus d'un an, et la guérison ne s'est pas démentie. La santé des malades, que j'ai presque toutes revues plus ou moins fréquemment depuis, s'est maintenue et s'est de plus en plus raffermie. Elles marchent avec facilité et peuvent se livrer à leurs travaux ; leurs fonctions se font bien, et leur embonpoint est revenu. Ces résultats sont concluants.

Je ne peux pas m'empêcher ici de faire quelques remarques qui me paraissent

(1) *Contrib. to the path. and treat. of diseas. of uter.* (*Lond. and Edinb. Monthly journ.*, t. III).

(2) *Med. Times*, 1849.

importantes. Dans les déviations, l'utérus est plus ou moins abaissé. Lorsque l'organe est remis dans sa direction normale, il reste pendant un temps variable situé plus ou moins bas, en sorte qu'on trouve encore le col à une petite distance de l'orifice vaginal. Quelques médecins, qui accordent une grande importance à l'abaissement, ne se montrent pas satisfaits de ce résultat. Mais cette manière de voir provient d'une mauvaise appréciation des faits. Il est certain, en effet, que dans cet état, les femmes ont retrouvé une santé parfaite, et ce qui prouve que la guérison est bien réelle, c'est qu'au bout de quelque temps (deux ou trois mois environ), l'utérus devient plus léger, le col perd son volume anormal, et l'organe tout entier remonte à sa place habituelle.

Il arrive quelquefois aussi, comme je l'ai déjà fait observer, que la matrice après e redressement conserve une obliquité en avant un peu plus grande qu'à l'état normal, ou reste un peu inclinée en arrière, suivant l'espèce de déviation. Mais on aurait également tort de ne pas compter ces faits parmi les guérisons, car il ne reste plus rien des anciens symptômes, et ce serait, le plus souvent, faire des tentatives inutiles que de chercher à redresser davantage la matrice, puisque l'expérience prouve que cette situation nouvelle peut se maintenir et suffit pour procurer une excellente santé. Remarquons, d'ailleurs, que ces mêmes médecins admettent très bien qu'un certain degré de renversement est compatible avec une très bonne santé. Pourquoi donc ne pas admettre qu'on a réduit ce renversement à ce degré qui ne peut plus être considéré comme une maladie? En pareil cas, je me contente de surveiller les malades, et si les symptômes ont de la tendance à se reproduire, je reprends le traitement pour le compléter.

Il est une autre remarque que je ne peux pas m'empêcher de faire. Lorsque dans les cas de flexion, on a redressé l'utérus, il reste, s'il y avait un certain degré de ramollissement, un *bourrelet* encore douloureux au contact dans le point qui était situé au fond de l'angle rentrant. C'est surtout dans les rétroflexions que j'ai constaté l'existence de ce bourrelet. On pourrait être tenté de prendre cette disposition pour un reste de la maladie; mais encore, en pareil cas, l'expérience prouve qu'avec le temps, ce bourrelet, formé par l'affaissement de la paroi, diminue, devient insensible et n'empêche pas la guérison d'être complète. Il n'est besoin d'aucun traitement nouveau pour cela.

Enfin, chez plusieurs malades, il reste après le redressement, quelques douleurs et certains troubles fonctionnels. Les douleurs sont de nature névralgique. Elles reconnaissent généralement pour cause l'anémie qui suit assez souvent les règles trop abondantes provoquées par le traitement. Un simple *traitement ferrugineux* en fait justice, ou, si elles résistent, les *vésicatoires volants* avec ou sans *morphine* les font promptement disparaître.

Effets du traitement sur les règles et sur la leucorrhée. Je viens de dire que les règles qui se manifestent pendant ou après le traitement sont ordinairement plus abondantes et de plus longue durée qu'à l'ordinaire. Ces hémorrhagies n'ont absolument aucune espèce d'importance. Elles s'arrêtent ordinairement d'elles-mêmes. Quelquefois seulement, pour prévenir l'anémie, il faut hâter leur terminaison par le *seigle ergoté* et le *tannin*. Quelques médecins ont pensé que cette abondance des règles procurait seule la guérison en dégorgeant l'utérus. La réponse est bien simple : cette augmentation des règles n'a pas lieu dans tous les cas, et la guérison

n'en est pas moins assurée et s'obtient de la même manière quand elle manque.

Quand la guérison est bien assurée, les menstrues se régularisent ; elles deviennent moins abondantes chez les femmes qui avaient des métrorrhagies et reparaissent chez celles qui avaient une suppression plus ou moins complète. En un mot, les fonctions de l'utérus reprennent leur état normal.

Il est remarquable que sans aucun traitement, la *leucorrhée* qui était constante chez les femmes affectées de déviation, a disparu chez presque toutes celles qui ont guéri ; tandis qu'elle a persisté chez celles qui n'ont eu qu'un peu d'amélioration et chez celles qui n'en ont pas eu du tout.

Effets du traitement sur les granulations, les exulcérations du col. Dans un certain nombre de cas, les ulcérations du col sont considérables. Je ne m'en occupe pas pendant tout le temps consacré au redressement de l'utérus, et comme je viens de le dire, on les voit souvent disparaître d'elles-mêmes lorsque le but est atteint. Quelquefois, néanmoins, elles persistent, et alors la leucorrhée continue. En pareil cas j'ai recours aux moyens ordinaires (injections, cautérisations), et ces restes de maladie disparaissent promptement. Il serait même possible qu'ils eussent disparu spontanément plus tard ; mais les malades étant pressées de s'en débarrasser, je n'ai jamais attendu plus de huit ou dix jours avant de les combattre.

Cette cure facile de lésions qui ordinairement exigent un temps assez long pour être détruites, est d'autant plus remarquable dans les cas dont il s'agit, que la plupart avaient été précédemment traitées pendant des mois entiers et avaient désespéré les médecins par leur persistance ou la facilité avec laquelle elles se reproduisaient.

Accidents que le traitement peut produire. Lorsque l'on a annoncé, pour la première fois, qu'on traitait les déviations par l'introduction de tiges dans la cavité utérine, des appréhensions très grandes ont dû naître dans l'esprit des médecins, et M. Simpson, lui-même, nous apprend que la première fois qu'il a appliqué son instrument, il a visité la malade toutes les demi-heures, prêt à l'enlever s'il était nécessaire. Mais il n'a pas tardé à s'enhardir. L'expérience, en effet, prouve que le redresseur intra-utérin, bien placé et bien surveillé, n'a dans la très grande majorité des cas aucun inconvénient.

Mais il est certain aussi que, dans quelques cas, ce traitement détermine des symptômes qui exigent l'intervention de l'art. C'est d'abord la *métrite*. L'inflammation de l'utérus est presque toujours légère ; une simple application de sangsues et le repos suffisent pour la dissiper. Dans quelques cas, il faut un traitement un peu plus actif, et joindre la morphine par la méthode endermique aux moyens précédents. Une seule fois, j'ai vu l'inflammation de l'utérus se communiquer au péritoine environnant, comme cela peut arriver dans les métrites spontanées, et déterminer une péritonite partielle très bornée, qui a cédé aux moyens ordinaires. La guérison n'en a pas moins été solide, et date actuellement de près de deux ans. Ensuite vient l'*inflammation du tissu cellulaire péri-utérin*. Cette inflammation, dont je donnerai plus loin une description détaillée (1), ne survient pas ordinairement pendant le séjour de l'instrument, mais à la première éruption des règles qui suit son enlèvement. Cette inflammation se termine dans l'immense majorité des

(1) Voy. *Phlegmon péri-utérin*.

cas par résolution ; mais elle peut aussi se terminer par l'ouverture d'un foyer purulent dans le vagin, comme cela a lieu dans les cas de phlegmon péri-utérin, qui se produisent dans d'autres circonstances très diverses, et qui sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croit communément.

On observe encore, comme je l'ai déjà dit, des *ménorrhagies*, rarement de véritables *métrorrhagies*. Ces pertes de sang n'ont aucune importance ; elles s'arrêtent spontanément, ou il faut de très faibles moyens pour les faire cesser. Elles ne nuisent en rien au succès du traitement, et nous avons vu même que plusieurs médecins pensent qu'elles sont utiles ; mais je ne saurais partager cette opinion.

Restent enfin les attaques d'*hystérie* et quelques *accès fébriles* passagers, qui peuvent contrarier le traitement en le retardant ; mais qui n'ont pas d'importance réelle. Les attaques d'hystérie seules, quand elles sont très violentes, ont un assez grand inconvénient, parce qu'elles peuvent faire craindre que les malades, dans leurs convulsions, ne se blessent avec l'instrument ; aussi faut-il recommander de l'enlever dès qu'elles apparaissent.

Appréciation de ces accidents. Quelques médecins ont manifesté une grande frayeur de ces accidents et, suivant eux, ils sont suffisants pour qu'on renonce à un traitement si efficace. Il est certain que si l'on cherche un traitement qui n'ait aucun inconvénient, on n'en trouvera probablement aucun qui puisse remédier à ces cruelles maladies. On ne peut, en effet, employer un moyen chirurgical sur un organe quelconque, sans qu'il puisse en résulter des effets semblables à ceux que j'ai mentionnés. Toute la question se réduit donc à déterminer : 1° si le traitement est efficace ; 2° si l'état des malades est tel que ce traitement doive être appliqué ; 3° si l'on peut le remplacer par d'autres.

Les faits que j'ai mentionnés plus haut parlent trop haut en faveur du traitement, pour que j'insiste longuement sur le premier point sur lequel je reviendrai, du reste, plus loin dans une appréciation générale du moyen principal que j'ai mis en usage.

Quant à l'état des malades, tous les praticiens savent combien il est désespérant. Les malades pauvres sont réduites à l'inaction et à la misère ; les autres ont toutes leurs fonctions troublées ; elles ne peuvent pas vivre de la vie ordinaire ; elles éprouvent souvent de vives douleurs ; la plupart ont été de tout temps ou sont devenues stériles ; toutes ont perdu en tout ou en partie leurs forces, leur embonpoint, le calme de l'esprit. N'est-ce pas là une affection des plus sérieuses, et qu'il faut nécessairement chercher à guérir? C'est, au reste, ce dont sont bien convaincus les praticiens qui sont si souvent désespérés par ces affections interminables auxquelles ils ne peuvent pas apporter de remède efficace.

Mais y a-t-il d'autres moyens utiles ? Je ne peux pas apprécier rigoureusement ici les autres modes de traitement ; les éléments me manquent. Je crois que plusieurs ont procuré quelques guérisons, que beaucoup ont soulagé les malades ; mais ce que j'en ai dit plus haut fera reconnaître sans doute qu'ils ne s'adressent, pour la plupart, qu'à des cas particuliers, ou bien qu'ils ne procurent que des soulagements passagers, après lesquels l'affection recommence, surtout si les femmes veulent reprendre leur train de vie ordinaire. Or, des moyens qui n'ont d'action qu'à la condition que des malades jeunes garderont un repos presque absolu, ou se priveront de tout, ne peuvent être regardés que comme de faibles palliatifs. Ajou-

tons que parmi ces moyens il en est, tels que les pessaires, les bondons, en un mot, tous les instruments ayant une action sur l'utérus, qui partagent avec le redresseur utérin une partie des inconvénients que j'ai signalés plus haut.

Ainsi donc s'exposer, au prix d'une guérison très probable, à produire, dans quelques cas, des accidents presque constamment légers, et auxquels on peut facilement porter remède, ou abandonner à leur sort des malades atteintes de maladies douloureuses, à marche généralement progressive, qui les condamnent à l'inaction, souvent à la misère, ou bien enfin ne recourir qu'à des moyens le plus souvent palliatifs, telle est définitivement l'alternative où se trouve placé le médecin. Je ne crois pas que le praticien le plus prudent puisse hésiter, d'autant plus que, comme on va le voir, lorsqu'on prend certaines précautions, on évite assez facilement les accidents dont il s'agit.

Un seul fait fera mieux comprendre combien sont peu fondées les craintes conçues *à priori* relativement à ces accidents. Ceux qui les manifestent le plus vivement n'ont pas vu ce traitement appliqué, ou n'ont été témoins que de quelques cas isolés, d'après lesquels on risque fort de se faire une opinion erronée. Ainsi, ont-ils vu dans un cas survenir une inflammation? ils en ont conclu que cette exception est la règle; y a-t-il eu une ménorrhagie? ils ont pensé que c'est là un résultat nécessaire du traitement; enfin ont-ils trouvé une femme qui n'avait pas guéri? ils ont regardé le traitement comme inutile, sans réfléchir que personne n'a prétendu qu'il n'y a jamais de cas rebelle au traitement, et sans s'informer si d'autres femmes, en grand nombre et dans des conditions analogues, n'ont pas recouvré une santé parfaite.

Les médecins, au contraire, qui ont suivi le traitement avec persévérance, ou qui l'ont appliqué dans des cas variés, ont tous été convaincus de son excellence et de son innocuité dans la très grande majorité des cas, et tous ceux qui ne l'avaient pas employé se sont décidés à le mettre en usage d'après les résultats obtenus.

Je n'ai pas besoin de rappeler que Kiwisch, MM. Simpson, Rigby, Protheroe Smith, Cunning, Mayer, de Berlin, etc., l'ont adopté; j'ajoute seulement qu'à Paris, MM. Maisonneuve et Richet en tirent tous les jours un excellent parti; qu'à Montpellier, M. Broussonnet, qui a suivi ma clinique, l'a mis en usage avec succès, que M. Lediberder, à Lorient, y a eu recours dans 26 cas, et m'écrit que les résultats sont éclatants, et je pourrais citer d'autres noms de médecins habiles qui n'ont pas cédé aux préventions. Or, comment admettre que tous ces médecins, *après avoir vu*, auraient adopté un pareil traitement, s'il ne leur avait paru à la fois efficace, et aussi exempt de danger que peut l'être un traitement chirurgical quelconque?

Moyen de prévenir les accidents et d'en arrêter les progrès. Mais, ainsi que nous l'avons vu, ces accidents peuvent se produire, et il importe de savoir quelles sont les circonstances dans lesquelles ils ont lieu, afin de les éviter, et quels sont les moyens qu'on doit leur opposer. C'est ce qu'indiqueront suffisamment les propositions suivantes:

1° Avant d'arriver au traitement mécanique, il faut s'assurer s'il existe des signes d'inflammation un peu notables et les combattre par les émissions sanguines générales et locales, les vésicatoires morphinés, le repos, etc. Il arrive même, dans un petit nombre de cas où l'inflammation est aiguë, qu'on la dissipe tout à fait, et que

la matrice reprend sa position normale. J'ai montré, à ma clinique, plusieurs cas de ce genre, car je ne prétends nullement qu'il faille toujours et d'emblée recourir au redresseur. Je ne doute pas que les médecins qui croient qu'on peut guérir les déviations par les moyens que je viens d'indiquer n'aient eu en vue des cas de ce genre, et n'aient appliqué aux déviations en général, ce qui ne convient qu'à ces cas particuliers.

2° Il faut, ainsi que je l'ai dit, habituer l'utérus au contact des instruments, en pratiquant plus ou moins fréquemment le cathétérisme, sans craindre d'y consacrer un temps assez long.

3° Il faut *porter un diagnostic très précis*, surtout dans les cas de flexion, et pour cela il faut se servir de la sonde, comme je l'ai indiqué plus haut, en prenant très exactement les mesures. Autrement, on peut ignorer le siége de la flexion, croire même à une simple version ; implanter la sonde dans le coude que forme l'utérus fléchi, et même perforer l'organe. Le moindre inconvénient d'une pareille erreur serait de faire beaucoup souffrir la malade, sans qu'il pût en résulter le moindre profit pour elle.

4° Avant d'appliquer le redresseur, on doit remettre avec soin l'utérus en place et effacer toute flexion. La tige du redresseur pénètre alors avec facilité, elle ne vient pas arc-bouter contre la paroi utérine, et, si l'instrument est ensuite bien fixé, elle ne risque pas d'irriter l'organe.

5° On doit se rappeler la longueur qu'il faut donner à la tige et que j'ai indiquée plus haut. Dans les flexions, elle doit dépasser le point fléchi d'un centimètre au moins.

6° Si l'utérus offre une très grande résistance au redressement ; s'il résulte de cette manœuvre des tiraillements douloureux, il est plus que probable qu'il y a des adhérences ou un retrait des tissus péri-utérins ; il ne faut pas insister, parce qu'on pourrait produire des ruptures ou des éraillures, dont on comprend les conséquences. Ces cas sont ordinairement incurables.

7° Il ne faut pas placer l'instrument à une époque trop voisine des règles; l'utérus est alors plus disposé à l'inflammation, ce qui est démontré par les inflammations spontanées qui surviennent ordinairement à cette époque. On s'exposerait davantage, en outre, à rendre les règles trop abondantes.

8° Si l'utérus paraît conserver une trop grande susceptibilité, il est bon de ne laisser d'abord l'instrument en place que pendant quelques heures. Plus tard l'habitude est prise, et l'on peut le laisser plusieurs jours.

9° Lorsque, après avoir porté l'instrument plusieurs jours sans en éprouver aucun inconvénient, les femmes se plaignent d'une gêne, d'une douleur, quelque faible qu'elle soit, il faut le retirer, sauf à le remettre ensuite. J'ai vu des observations dans lesquelles on avait forcé les femmes à conserver l'instrument, malgré la douleur, et où l'on s'étonnait d'avoir produit une métrite. Dans d'autres cas, au contraire, on avait le tort de le retirer alors qu'elles n'en éprouvaient que du soulagement.

10° Quand les règles surviennent, il vaut mieux, je dois le répéter, retirer l'instrument malgré les faits cités où il a été conservé sans inconvénient. Cette précaution peut retarder un peu la guérison, mais elle la rend plus sûre.

11° Enfin, s'il est survenu une métrite, une inflammation péri-utérine, une mé-

trorrhagie, il faut enlever sur-le-champ l'instrument et combattre ces accidents par les moyens que j'ai déjà indiqués.

Telles sont les *précautions générales* à prendre dans ce traitement, qui sera mieux appliqué à mesure qu'il sera mieux connu. On ne trouvera pas ces détails trop longs et l'on me pardonnera quelques répétitions à cause de l'importance du sujet.

Il résulte de ce qui précède que le redressement de l'utérus ne doit pas alarmer un praticien prudent, et cependant, pour le rendre plus facile encore, pour faire éviter les inconvénients qui pourraient résulter de l'introduction d'une tige dans l'intérieur de la matrice, entre des mains peu expérimentées, je l'ai simplifié, j'ai supprimé la tige et j'ai employé seulement le *redressement par la sonde combiné avec l'usage du pessaire en caoutchouc à insufflation.* Mais ce moyen n'a pu être encore appliqué qu'au renversement en arrière, et c'est pourquoi j'ai conservé les descriptions précédentes, car la tige doit être employée encore dans les renversements en avant. Aussi ne décrirai-je le nouveau procédé qu'après avoir présenté une appréciation générale du traitement des déviations par le redressement utérin.

Appréciation générale du traitement. Je ne reviendrai pas ici sur les succès obtenus par ce traitement. Je veux seulement faire remarquer que les malades étaient presque toutes depuis longues années dans un état de santé déplorable, et que la plupart d'entre elles avaient été soumises à des traitements fort longs qui étaient restés infructueux, bien que dirigés par les hommes les plus habiles. C'est ainsi que j'ai cité des cas traités pendant plusieurs années par Lisfranc et par Récamier, ce dernier ayant parfaitement reconnu la nature de la maladie. D'autres avaient reçu les soins de médecins non moins habiles, et si elles n'avaient pas obtenu la guérison, c'est que l'art était impuissant. Aussi avons-nous vu que, en présence de ces insuccès presque constants, beaucoup de médecins, et des plus versés dans la connaissance de ces maladies, ont renoncé à tout traitement radical, se bornant à prescrire de simples palliatifs. Ces faits parlent d'eux-mêmes, et il serait inutile d'insister sur les résultats que nous avons obtenus et sur ceux qui ont été cités par les médecins mentionnés plus haut. Voyons maintenant, d'une manière générale, quels sont les moyens qu'on avait employés.

Traitement antérieur. On avait mis en usage les *saignées spoliatives*, les *émissions sanguines locales répétées*, les *émollients*, les *narcotiques*, les *ferrugineux*, des *injections diverses.* On avait fait garder aux malades un *repos* plus ou moins absolu ; on leur avait fait porter des *ceintures.* Quelques unes avaient pris des médicaments propres à combattre l'engorgement et qu'on désigne sous le nom de *fondants ;* beaucoup avaient été *cautérisées* longtemps de diverses manières. Enfin il en était plusieurs qui avaient fait usage des divers *pessaires* mentionnés plus haut.

Dans certains cas où la nature de la maladie avait été méconnue, on avait traité la dyspepsie, la gastralgie, des névralgies diverses, l'anémie, et même la maladie prenant parfois l'aspect d'autres affections, on avait cru avoir affaire à des phthisies, des engorgements de divers organes abdominaux, des affections du cœur, contre lesquels on avait dirigé le traitement.

Je ne dis pas, néanmoins, que ces divers traitements soient absolument restés sans résultat. Il est, au contraire, presque constamment arrivé que, à certaines

époques, une amélioration manifeste s'est déclarée, comme je l'ai déjà fait remarquer, mais dès que les malades reprenaient leurs habitudes, les symptômes se reproduisaient. J'ai déjà donné l'explication de ce fait. Les moyens que je viens d'indiquer s'adressaient à certains symptômes souvent très pénibles, et surtout à un certain degré d'inflammation occasionnée par les fatigues, les excès, l'appauvrissement du sang; or, il devait nécessairement résulter de leur emploi un soulagement marqué; mais la cause du mal persistant, ses effets se reproduisaient à la première occasion.

Les malades que nous avons eu à traiter se trouvaient donc dans les conditions les meilleures pour rendre évidents les résultats favorables et permanents que nous avons obtenus. J'ai traité des femmes qui m'ont été confiées par des confrères, et qui, malgré leurs soins habiles, ne pouvaient même pas marcher. Après le traitement, elles ont pu reprendre leurs occupations et faire de longues courses sans inconvénient. Ces faits sont concluants; il suffit de les mentionner.

EMPLOI DU REDRESSEMENT PAR LA SONDE ET DU PESSAIRE BALLON EN CAOUTCHOUC COMBINÉS.

J'ai dit plus haut que, depuis quelque temps, j'avais simplifié le traitement relativement aux *renversements en arrière* (rétroversion et rétroflexion). Voici le moment d'exposer ce traitement bien simple.

Quand une femme paraît bien préparée au traitement, que la cavité utérine n'a pas une sensibilité trop vive, que l'utérus se redresse assez bien, on procède comme il suit :

Introduisez la sonde utérine jusqu'au fond de la matrice, en portant la concavité et le bec de la sonde en arrière, puis ramenez le bec et la concavité en avant, et par un mouvement doux portez le corps de la matrice vers le pubis. Cela fait, placez l'index qui a servi à diriger la sonde sur la face antérieure du col, et en même temps que vous retirez l'instrument, repoussez fortement le col en arrière et en haut vers la concavité du sacrum. Prenez alors le pessaire en ballon qu'on peut appeler *redresseur extra-utérin*, introduisez le, vide, et roulé dans le cul-de-sac antérieur du vagin; puis, *si vous avez un aide*, faites insuffler avec une poire en caoutchouc préalablement gonflée d'air. *Si vous êtes seul*, ajustez rapidement la poire à insufflation, introduisez de nouveau l'index pour tenir le col repoussé en arrière, et ne le lâchez qu'après avoir commencé l'insufflation, que vous continuez ensuite.

Le gonflement du redresseur extra-utérin fait éprouver aux malades un effet désagréable qui ne tarde pas à se calmer. S'il persiste, c'est que le ballon est trop gonflé, ce qu'il faut toujours éviter. On donne alors issue à une partie de l'air emprisonné, ce qui produit immédiatement un soulagement marqué.

Il est facile de comprendre que, dans cette situation, l'utérus, préalablement bien redressé, ne peut plus se renverser. Il faudrait, en effet, que sa partie inférieure pût se porter de nouveau vers le pubis, ce qui ne peut se faire dans le vagin distendu par le redresseur extra-utérin. Quant à sa partie supérieure, même dans les rétroflexions, elle ne peut pas se porter en arrière, la vessie ne l'atteignant que dans son extrémité qu'elle ne peut plus repousser suffisamment en se gonflant.

Les malades ont besoin de s'habituer à ce corps étranger; aussi, les premiers jours, convient-il de ne pas le laisser plus de vingt-quatre heures, et moins encore dans certains cas. Plus tard, il faut le laisser trois ou quatre jours, afin que l'utérus reste en place. Alors les malades le portent facilement. A chaque nouvelle application, il faut redresser de nouveau l'utérus avec la sonde.

Les malades apprennent bientôt à insuffler l'appareil elles-mêmes, ce qu'il faut faire deux ou trois fois par jour, l'air se perdant assez facilement dans les ballons les mieux fermés. Enfin, lorsque la matrice se maintient en place, elles peuvent enlever l'instrument pour les soins de propreté, et le replacer très bien elles-mêmes. Mais il faut pour cela que le col se maintienne en arrière; car autrement elles pourraient introduire le redresseur dans le cul-de-sac postérieur, et repousser l'utérus dans sa position vicieuse.

Il n'est pas rare de voir cet appareil si simple produire un certain degré d'irritation; parfois même, à la première apparition des règles, il survient un peu de congestion utérine, tant il est vrai que tout moyen énergique a toujours quelques inconvénients; mais ces inconvénients n'ont pas d'importance réelle.

Voici maintenant ce que j'ai obtenu par ce moyen. Les faits ne sont pas très nombreux, parce que je ne l'emploie pas depuis longtemps, mais ils n'en sont pas moins significatifs.

Résultat de l'emploi du redresseur extra-utérin. J'ai réuni neuf cas, dont sept de rétroversion et deux de rétroflexion, dans lesquels ce moyen a été employé, et j'ai déjà obtenu sept guérisons radicales. Dans un cas, un peu d'irritation utérine a fait momentanément suspendre le traitement; mais la matrice est déjà en grande partie redressée, et dans peu de temps, sans doute, la guérison sera complète. Dans le huitième, j'ai obtenu une grande amélioration, mais des causes particulières ont également suspendu le traitement qui sera repris plus tard.

Pour montrer toute l'efficacité de ce traitement, j'indiquerai les conditions dans lesquelles se trouvaient deux de ces malades. L'une, affectée de rétroversion, était restée couchée pendant deux ans et demi, ne pouvant plus faire un pas sans de vives douleurs, se tenant, quand elle voulait essayer, complétement courbée, et avançant avec peine un pied au-devant de l'autre. Les parties génitales étaient si douloureuses qu'il a fallu six semaines pour la préparer au traitement. Aujourd'hui elle fait de longues courses, parfaitement droite, et a pu faire de petits voyages en voiture et en chemin de fer sans aucun inconvénient. J'ajoute que cette malade, qui est de la province, avait fait le voyage de Paris il y a un an, qu'elle y avait été traitée pendant trois mois avec énergie et par les moyens connus, et qu'elle en était repartie absolument dans le même état. Cette malade m'a été adressée par M. Quesnel, médecin principal de la marine à Brest.

Chez la seconde malade, la matrice, ramollie, présentait deux flexions en arrière. Aujourd'hui, après trois mois de traitement, la matrice est redressée; seulement le col se porte encore un peu en avant, ce qui résulte de la brièveté de la paroi antérieure du vagin, disposition évidemment congénitale.

Ces faits n'ont pas besoin de commentaire. Ils prouvent que par ce procédé l'utérus est et reste redressé aussi bien que par le redresseur à tige intra-utérine. C'est donc un véritable progrès dans le traitement des déviations.

Malheureusement ce traitement ne peut pas s'appliquer aussi bien, à beaucoup

près, aux déviations en avant (antéversion, antéflexion). Ce qui s'y oppose, c'est que les pubis empêchent que le redressement soit aussi complet que dans les déviations postérieures, d'où il résulte qu'on n'a pas en arrière une prise suffisante pour le redresseur extra-utérin. Peut-être, plus tard, cette difficulté sera-t-elle surmontée par une modification à la forme de cet instrument.

Moyens adjuvants. Il suffit souvent de l'emploi du redresseur intra ou extra-utérin pour faire disparaître les symptômes de la maladie. Mais certaines malades étant très anémiées et affaiblies, les *ferrugineux* leur ont été administrés pour hâter le rétablissement de leurs forces et pour combattre l'appauvrissement du sang. Chez d'autres, la gastralgie étant intense, les *amers*, quelques *laxatifs*, les *narcotiques* à faible dose, surtout au moment de manger, ont été prescrits. Les névralgies trop intenses ont été combattues par les *vésicatoires volants avec ou sans morphine*. Enfin, chez la plupart, j'ai prescrit des *lotions d'eau froide sur tout le corps*.

On ne saurait attribuer la guérison à ces moyens ; car, employés seuls, ils n'ont jamais réussi, tandis que dans plusieurs cas, ils ont été complétement négligés sans que pour cela la guérison ait été moins prompte et moins solide.

Douches froides. M. le docteur Fleury a employé les douches froides au pourtour du bassin, sur les lombes, etc. Ce moyen est très utile pour calmer les douleurs, pour diminuer l'engorgement, et il a amélioré notablement l'état des malades dans plusieurs cas que j'ai observés ; mais je ne l'ai pas encore vu produire une guérison radicale.

Tel est ce traitement pour lequel il serait inutile de donner un résumé et des ordonnances, puisqu'il consiste principalement en moyens chirurgicaux. Dans l'histoire des déviations en particulier, je reviendrai, quand il y aura lieu, sur son application.

Les détails dans lesquels je suis entré ne paraîtront pas sans doute trop multipliés si l'on considère qu'il s'agit d'un sujet presque tout neuf en France, et qu'il ne fallait pas laisser passer une seule proposition sans la discuter. D'ailleurs, après cet exposé complet de l'état de la science sur les déviations en général, je vais pouvoir tracer en peu de mots l'histoire de chacune d'elles en particulier.

ARTICLE II.

ANTÉVERSION.

C'est particulièrement sur l'antéversion et l'antéflexion qu'on avait fait des recherches exactes avant ces dernières années. C'est aussi par elles que je vais commencer. Il semble, au premier abord, qu'on pourrait réunir dans la même description ces deux espèces de déviations ; mais il y a certaines différences qui sont assez importantes à signaler au praticien pour que je présente leur histoire séparée. Ensuite quelques mots me suffiront pour l'*antéversion flexueuse*.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'antéversion proprement dite est une déviation dans laquelle le corps de l'utérus est port en avant vers le pubis sans qu'il existe aucune flexion de l'organe, de telle sorte que le col se trouve porté plus ou moins fortement en arrière et en

haut. Cette maladie a reçu le nom de *pronatio uteri*. Tout porte à croire qu'elle est la plus fréquente des déviations. Ainsi, dans une première série de faits, je l'ai rencontrée 21 fois sur 68 cas, tandis qu'il n'y avait que 11 antéflexions, 3 antéversions flexueuses, 10 rétroversions simples, 12 rétroflexions et 11 rétroversions flexueuses. Dans une seconde série, j'ai trouvé, sur 49 cas, 24 antéversions, 4 antéflexions, 14 rétroversions, 6 rétroflexions et 1 rétroversion flexueuse. Ces chiffres ne sont pas encore suffisants, sans doute, pour assigner à chaque espèce ou variété sa fréquence proportionnelle; mais tout porte à croire que la plus grande fréquence de l'antéversion est réelle. Il est probable que les auteurs qui ont avancé le contraire, ont laissé passer inaperçues des antéversions médiocrement prononcées, tandis que les autres déviations ont attiré leur attention par leur caractère plus frappant.

§ II. — Causes.

Nous allons retrouver ici les causes indiquées dans l'article précédent; il suffira donc de voir ce qu'elles présentent de particulier dans l'antéversion.

1° Causes prédisposantes.

Age. Dans la première série le début de l'affection, dont il faut seulement tenir compte, avait eu lieu de dix-neuf à trente-trois ans, en moyenne vingt-six ans environ. L'examen de la seconde série a confirmé ces résultats. Les cas d'antéversion *congénitale* sont beaucoup plus rares que ceux d'antéflexion; cependant il en existe. M. Huguier en a cité un, et j'en ai observé un autre sur le cadavre d'une jeune fille morte de fièvre typhoïde.

La *constitution* est aussi souvent robuste que médiocre et faible. Lorsque la maladie a duré longtemps, les femmes paraissent souvent d'une faible constitution; mais c'est une constitution acquise. Quant au *tempérament*, il était lymphatique dans un tiers des cas environ, lymphatico-nerveux dans le second tiers, sanguin ou bilieux dans le troisième. Or, comme nous ne connaissons pas encore la proportion réelle des divers tempéraments, il suffit de cet énoncé.

Leucorrhée. On a accusé la leucorrhée de produire l'antéversion. Les renseignements qu'on obtient sur ce point sont presque toujours insuffisants. Dans une très petite minorité des cas la leucorrhée a précédé la déviation; si elle est survenue plus tard, c'est simplement comme symptôme de la maladie.

La *menstruation* s'est ordinairement bien établie, et s'il y a eu des cas de dysménorrhée à l'époque de la première apparition des règles, ils n'ont pas paru plus fréquents que chez les autres femmes. Les autres troubles de la menstruation ont presque toujours suivi l'apparition de la maladie et ont constitué un simple symptôme.

2° Causes occasionnelles.

Accouchement. Sur 45 cas que j'ai rassemblés en réunissant les deux séries, l'accouchement a été suivi trente-cinq fois d'une manière si évidente des symptômes de la maladie, que c'est à lui qu'il faut l'attribuer. Le nombre des enfants, la difficulté de l'accouchement, sa longue durée, n'ont pas paru avoir une influence marquée sur la production de la maladie, dans la grande majorité des cas. Il est cer-

tainement très admissible que la *sortie trop hâtive du lit*, la *marche prématurée*, les *fatigues* après l'accouchement peuvent produire la déviation ; mais cela n'a eu lieu que dans une très faible minorité des cas.

Les remarques qui précèdent s'appliquent parfaitement à l'*avortement*, qui a été suivi de l'antéversion bien plus rarement que l'accouchement à terme.

Dans un petit nombre de cas, on voit la déviation succéder immédiatement à de *violents efforts, des chutes*, etc.

J'ai vu dans quelques cas, une simple *inflammation* de l'utérus produire l'antéversion, et ce qui prouvait que c'était bien là la cause, c'est que quand la guérison de l'inflammation pouvait être complétement obtenue, la matrice reprenait sa position normale.

Les recherches de MM. Kiwisch, Rokitansky, Virchow, etc., ont fait voir que des *adhérences* retenaient dans certains cas l'utérus dans sa position vicieuse ; mais je ne crois pas que ces adhérences aient été, dans la plupart des cas, la cause de la déviation ; je crois plutôt que la déviation s'étant d'abord produite, l'inflammation du péritoine a déterminé des adhérences qui ont empêché l'utérus de se relever. La matrice pouvant, dans la très grande majorité des cas, être relevée sur le vivant, sans aucun tiraillement et sans aucune résistance, il en résulte, ainsi que l'a déjà fait remarquer M. Mayer, que les adhérences sont en réalité beaucoup moins grandes que ne le pensent les auteurs qui n'ont fait que des recherches cadavériques.

Quant aux autres causes, telles que l'*engorgement de la paroi antérieure de l'utérus ; l'augmentation de volume des organes abdominaux*, le *cancer*, leur influence est douteuse. Dans un seul cas, cité par madame Lachapelle, l'*adhérence du col à la paroi postérieure du vagin* a été constatée.

Parfois, enfin, *on ne découvre aucune cause évidente ;* il est probable que dans plusieurs des cas où il en est ainsi la déviation est congénitale.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de cette affection sont nombreux. Ils existaient presque tous dans les divers cas soumis à mon observation ; mais ils étaient variables quant à leur intensité.

Début. Le début de la maladie n'est brusque ou rapide que dans les cas de grands efforts, de secousses, de chutes. En pareil cas, les symptômes sont rapidement portés à un haut degré d'intensité, et il est arrivé quelquefois que les malades ont senti au moment même où la cause a agi, une douleur, une sensation particulière, une espèce de craquement, un tiraillement qui a été le signal de la maladie.

Dans les autres cas, les symptômes se sont produits lentement. C'était d'abord de la douleur dans les aines et les cuisses, puis de la fatigue pendant la marche, qui devenait ensuite difficile ; enfin la miction fréquente, la leucorrhée, les troubles des fonctions digestives, etc. La maladie était alors confirmée.

Symptômes de la maladie confirmée. Dans un seul cas il y avait absence de *douleur ;* mais la malade ressentait en urinant une sensation particulière et très désagréable, ce qui rattachait ce fait à la règle générale.

Presque toujours la *douleur spontanée* a son siége dans les deux aines. Parfois

elle n'existe que d'un seul côté ou à l'hypogastre. Elle est, en général, plus vive d'un côté vers lequel s'incline l'utérus. Cette douleur s'irradie ordinairement dans les cuisses. Dans un cas j'ai vu la *rétraction du membre inférieur* gauche en être la conséquence. La douleur se propage plus rarement aux lombes et surtout au sacrum. Parfois elle est vive vers le périnée et l'anus.

Le toucher *provoque* assez souvent de la douleur, principalement sur la paroi antérieure qui est la plus déclive et vers le fond de l'utérus. Chez une malade cette douleur était excessive.

Quelques malades éprouvent un sentiment de *pesanteur dans le bassin* qui, dans quelques cas, paraît due à l'engorgement du col.

La *miction* est presque toujours fréquente, ce qui s'explique par l'obstacle que l'utérus oppose au développement de la vessie en pesant sur elle. Dans les cas où ce symptôme n'existait pas, l'utérus était très mobile et se laissait facilement soulever comme une soupape. Dans quelques cas la *miction* est *douloureuse*. Ce symptôme s'est montré avec une intensité des plus grandes et d'une manière tout à fait insolite chez une jeune femme ; mais les douleurs n'étaient pas constantes. Voici ce qui arrivait : Si la première envie d'uriner pouvait être surmontée, la matrice, qui était mobile, pouvait se distendre ; alors toute douleur cessait, parce que l'utérus était maintenu dans une bonne direction. Mais après une miction abondante la matrice retombait, alors se développaient des douleurs vives, des envies d'uriner toutes les dix minutes environ, jusqu'à ce que la vessie pût se distendre de nouveau. Il en était résulté une *irritation très grande du bas-fond de la vessie et du canal de l'urètre.*

La *constipation* n'a lieu d'une manière un peu marquée que dans la moitié des cas environ, et c'est presque toujours chez des femmes dont le col volumineux pèse sur le rectum.

La *menstruation* est presque toujours normale ; parfois les règles sont *suspendues ou diminuées.* Je n'ai observé la *ménorrhagie* que deux fois, et un peu plus souvent une *dysménorrhée* qui ne se montrait que dans les premières heures de l'éruption des règles.

Presque toutes les malades ont une *leucorrhée* plus ou moins abondante.

Examen de l'utérus. A l'aide du *spéculum* j'ai toujours trouvé le col volumineux. Les *granulations* et les *exulcérations* ne s'observent que dans une faible minorité des cas. Si l'on introduit le spéculum dans la *direction du vagin* on tombe sur la face antérieure du col ; à peine aperçoit-on en bas la lèvre antérieure, et quelquefois on ne la voit pas du tout. *Pour saisir le col*, il faut porter l'extrémité de l'instrument en arrière et lui faire décrire une courbe. Souvent on n'y parvient qu'avec difficulté.

Par le *toucher vaginal* on trouve le col porté fortement en arrière et en haut, de telle sorte que pour atteindre son orifice, et surtout pour aller chercher la face postérieure il faut porter le doigt très profondément vers l'angle sacro-vertébral. En ramenant le doigt vers le pubis, on parcourt toute la face antérieure du col et du corps ; et si on soulève ce dernier, ce qui est très facile, car il est situé très près de l'orifice vaginal, il retombe immédiatement sur le doigt. Jamais on ne peut arriver jusqu'à la face postérieure du corps.

Le *toucher rectal* n'est nullement indispensable. Il ne fait, en effet, reconnaître

que la position du col que le toucher vaginal a révélée. Si on le met en usage, c'est pour rechercher s'il n'y a pas de complication.

Cathétérisme utérin. Ce moyen est indispensable pour connaître la profondeur de l'organe, sa sensibilité, la facilité avec laquelle on peut le relever. Voici dans cette manœuvre ce qui s'applique plus particulièrement à l'antéversion.

Portez profondément en arrière l'indicateur de la main gauche, cherchez l'orifice externe, ramenez un peu l'utérus en avant, faites pénétrer le cathéter dans le col; puis sans brusquerie, sans employer de violence, abaissez le manche vers le périnée en poussant doucement le bec de la sonde en haut et en avant. Si le doigt n'a pas pu pénétrer jusqu'à l'orifice du col, ce qui arrive quelquefois chez les femmes chargées d'embonpoint et à bassin large, on se sert du bec de la sonde comme d'un crochet mousse pour attirer le col.

Ce cathétérisme est ordinairement très facile. La seule disposition qui puisse y mettre obstacle est la coarctation de l'orifice interne. En pareil cas, il ne faut rien brusquer, et l'on doit employer une sonde utérine plus fine; plus tard, l'orifice dilaté permet l'introduction de la sonde ordinaire. La même remarque s'applique aux coarctations accidentelles.

Si l'utérus est exempt d'adhérences, on le ramène promptement et facilement à sa position normale; mais il retombe presque immédiatement après. Pour s'assurer donc que tous les tissus sont souples autour de lui, il faut se hâter de les explorer dès qu'on a retiré la sonde.

Cette exploration est ordinairement peu douloureuse.

Si maintenant nous examinons les autres symptômes présentés par les malades, nous trouvons que presque constamment la *marche* est gênée à des degrés variables. Les cas excessivement rares où il en est autrement, lorsque les femmes se présentent à l'observation, doivent être regardés comme des exceptions.

Les malades éprouvent parfois des *douleurs hors du bassin ;* ce sont des *névralgies intercostales*, *lombo-abdominales*, des douleurs de *rhumatisme musculaire*, etc.

Les *forces* sont généralement abattues. Les malades se fatiguent avec une grande facilité. Elles sont en général un peu *pâles*, légèrement *amaigries.* Leur *appétit* est diminué ou capricieux ; leurs *digestions* sont lentes, difficiles, accompagnées souvent de gonflement épigastrique et de douleurs plus ou moins vives (gastralgie).

J'ai noté souvent l'*hystéricisme* consistant dans une oppression sterno-laryngée et des envies de pleurer. Trois fois seulement sur 45 cas, il y avait de véritables *attaques d'hystérie convulsive.*

Conséquences de la déviation. — Avortement. Rarement l'avortement survient chez les femmes affectées d'antéversion. Je ne l'ai noté que quatre fois sur 45 cas. Ce nombre ne paraît pas beaucoup plus grand que celui qu'on observe dans les circonstances ordinaires.

Difficulté de l'accouchement. Il résulte des recherches de M. Dezanneau (1) que si l'antéversion existe chez des femmes qui ont déjà eu des enfants et dont les parois abdominales sont flasques, la matrice peut ne pas se relever; alors elle se porte par son fond au-devant du pubis, le col reste en arrière et en haut, et au

(1) *De l'obliquité antérieure de la matrice*, Paris, 1835.

moment de l'accouchement les contractions poussent le fœtus vers le sacrum. J'ai vu un cas où les choses menaçaient de se passer ainsi, si je n'y avais pas, comme M. Dezanneau, porté remède, au moyen d'une ceinture hypogastrique.

Stérilité. La stérilité est une conséquence *presque* nécessaire de cette déviation portée à un haut degré. Ce qui le prouve, c'est que sur 32 femmes encore jeunes, qui, après avoir eu un enfant, désiraient encore en avoir, parce qu'elles avaient perdu le premier, 23 étaient restées complétement stériles. J'ai cité un cas dans lequel, après une interruption de six ans, une dame, qui avait eu cinq filles, et qui désirait vivement un garçon, est devenue enceinte très peu de temps après le redressement. M. Velpeau a vu des femmes, auparavant stériles, devenir enceintes dans les mêmes conditions.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans presque tous les cas, la *marche* de la maladie a été continue et croissante, avec des intervalles de soulagement apportés, en général, par des médications diverses. Dans les cas rares seulement, où il y avait une inflammation aiguë et où la déviation était récente, un traitement approprié a procuré la guérison de cette dernière.

La *durée* est indéterminée; elle varie de quelques mois à 20 ans et plus.

La *terminaison* par guérison spontanée ne s'est jamais présentée à mon observation. J'ai toujours vu, au contraire, que la maladie tendait à s'aggraver, lorsqu'on l'abandonnait à elle-même.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ne présentent rien qui appartienne en propre à l'antéversion.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de l'antéversion est toujours facile, quand on emploie les moyens que j'ai indiqués. Cependant, dans un cas cité par Levret, les symptômes du côté des voies urinaires firent croire à la présence d'un *calcul*, et l'on pratiqua l'opération de la taille. Pour éviter l'erreur, M. Ameline a proposé de sonder la vessie et d'examiner en même temps le vagin avec le doigt. M. Malgaigne conseille de combiner le toucher rectal avec le cathétérisme vésical. Le doigt porté dans le rectum se trouve séparé de la vessie par l'épaisseur de la matrice seulement, si celle-ci est dans sa direction normale, tandis que, si elle est en antéversion, c'est toute sa longueur qui se trouve interposée. Lisfranc voulait qu'on pratiquât l'auscultation de l'abdomen en même temps que le cathétérisme, afin de rechercher le son produit par le choc de la sonde sur la pierre. Enfin, M. Velpeau conseille de combiner le toucher vaginal avec le palper abdominal.

L'emploi de la sonde utérine remplace avantageusement tous ces moyens.

L'exploration attentive des organes fera facilement distinguer l'antéversion de la *cystite* qui produit du côté de la vessie des symptômes semblables à ceux que provoque la déviation.

Les autres erreurs de diagnostic qu'on a pu commettre, ne sont plus à craindre aujourd'hui.

Quant aux *adhérences*, la résistance et la douleur en indiquent l'existence lorsqu'on veut redresser l'utérus. Et pour l'*engorgement*, les *granulations*, les *excoriations*, la *métrite*, les moyens ordinaires d'exploration suffisent.

Pronostic. Il résulte des faits, que les déviations en avant guérissent moins facilement que les autres. Sous ce rapport, l'antéversion ne présente rien de particulier. Lorsqu'il y a des adhérences péritonéales, l'affection doit être regardée comme incurable, car l'emploi de tout moyen mécanique serait imprudent.

§ VII. — Traitement.

Je n'ai pas à revenir ici sur les divers traitements mis en usage avant l'emploi du redresseur intra-utérin. Ils ont été suffisamment exposés dans l'article consacré aux déviations en général, puisqu'ils ne présentent rien qui s'applique particulièrement à l'antéversion.

Cathétérisme utérin. Il convient toujours de pratiquer le cathétérisme utérin pendant un certain temps, afin de voir comment l'introduction d'une tige dans l'utérus est supportée. Dans deux cas seulement sur 45, ce redressement a suffi pour amener la guérison. Il faut l'employer pendant un temps qui varie beaucoup suivant la susceptibilité de l'organe. Quelquefois il suffit de trois ou quatre fois, pour que tout soit bien préparé. Quelquefois il a fallu vingt séances et plus.

Pour redresser la matrice après l'introduction de la sonde, il suffit de ramener le manche en avant.

Redresseur utérin. C'est aujourd'hui le redresseur à flexion articulée, avec disque en caoutchouc, que j'emploie. La longueur de la tige ne doit pas dépasser 5 1/2 centimètres. Quelquefois 4 1/2 centimètres suffisent. Les cordons de la ceinture doivent être un peu serrés, afin que la partie supérieure du plastron étant appliquée contre la paroi abdominale, la partie inférieure de la tige intra-utérine soit portée en avant et entraîne le col avec elle. Les sous-cuisses doivent être simplement attachés aux cordons de la ceinture.

Chez les femmes qui ont eu antérieurement des inflammations ou dont l'utérus est très sensible, il convient de ne laisser d'abord l'instrument en place qu'une demi-journée. Quand l'utérus est habitué à son contact, on agit comme je l'ai dit dans l'*article des déviations* en général. C'est également à cet article que je renvoie pour toutes les autres parties du traitement qui ne doivent subir aucune modification quand il s'agit de l'antéversion.

Voici maintenant les résultats obtenus : Sur 45 cas, six sont encore en traitement. Restent 39 dont 22 ont été guéries, 8 ont été améliorées ; 3 ont eu des rechutes occasionnées par des efforts, la fatigue, etc. ; 6 dont 2 ont eu une inflammation utérine ou péri-utérine, n'ont obtenu aucun bon effet de ce traitement.

Nous verrons dans les articles consacrés aux déviations en arrière que les résultats ont été meilleurs ; mais ceux-ci n'en sont pas moins d'une très grande importance, puisqu'il s'agit d'une maladie regardée comme incurable par la plupart des médecins.

ARTICLE III.

ANTÉFLEXION.

L'antéflexion se rencontre moins fréquemment sur le vivant que l'antéversion ; et cependant on la trouve plus fréquemment sur le cadavre, comme il résulte des recherches de MM. Rokitansky, Virchow et Boullard (1). Ce fait paraît d'abord étrange ; mais les faits observés par M. Boullard en donnent une explication des plus satisfaisantes. Il a, en effet, démontré que le plus grand nombre des antéflexions sont congénitales. Or, on comprend très bien : 1° qu'avant l'action d'une cause occasionnelle ces déviations peuvent exister sans donner lieu à aucun symptôme ; 2° que si une grossesse a lieu, l'utérus peut se redresser ou se présenter seulement en antéversion. Pour le praticien d'ailleurs, c'est ce qu'on peut constater pendant la vie qui a de l'importance, et ce sont des cas de ce genre que nous allons nous occuper.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il y a antéflexion lorsque le corps de l'utérus est couché en avant vers le pubis, tandis que le col conserve sa direction ou se porte lui-même en avant. Dans les deux cas, la *matrice est pliée*, mais elle l'est beaucoup plus dans le dernier.

§ II. — Causes.

Sous quelques rapports, les causes de la maladie présentent des particularités propres à l'antéflexion ; ce sont les seuls points que je vais examiner.

1° Causes prédisposantes.

L'âge a varié de 16 à 30 ans, dans la première série de mes observations ; la moyenne était 21 ans moins une fraction. Dans la seconde série, les résultats sont, à très peu près, les mêmes. Nous voyons donc que l'âge au début est notablement moindre que dans l'antéversion : premier fait qui vient à l'appui des recherches de M. Boullard, puisqu'une disposition congénitale a mis l'utérus dans une condition telle qu'il a dû être influencé par les premières causes occasionnelles.

Sous tous les autres rapports, les causes prédisposantes ne différaient pas de celles de l'antéversion.

2° Causes occasionnelles.

Comme dans l'antéversion, j'ai noté quelquefois des *efforts violents*, des *chutes*, etc. ; mais il est inutile d'insister sur ces causes.

Il en est une plus importante et sur laquelle mon attention n'avait pas été suffisamment fixée jusqu'à ces derniers temps. Sur 15 cas que j'ai rassemblés, quatre fois les symptômes de la maladie se sont manifestés *très peu de temps après les premiers rapprochements sexuels.* N'y a-t-il pas là une nouvelle preuve de la disposition congénitale vicieuse dans un certain nombre de cas, disposition qui n'a commencé à produire des symptômes qu'après les premières excitations. Deux fois l'*inflammation* a produit le même résultat.

(1) *Quelques mots sur l'utérus*, thèse. Paris, 1853.

Ces faits sont plus significatifs encore si on les rapproche de cette circonstance remarquable que sur quinze malades trois étaient *vierges*, et cinq autres étaient stériles. Cette proportion est si considérable, qu'on ne saurait la regarder comme un effet du hasard.

Ainsi il faut reconnaître, avec M. Boullard, que très souvent l'antéflexion est *congénitale*. Cependant il est des cas où, comme ce médecin le reconnaît lui-même, l'antéflexion est *acquise*. Dans ces cas, les causes ne diffèrent pas de celles de l'antéversion. Nous verrons plus loin comment M. Virchow explique le *mécanisme* suivant lequel se produit l'antéflexion.

§ III. — Symptômes.

Le *début* a été en général plus rapide que dans l'antéversion, ce qui ne s'explique encore que par la disposition de l'utérus qui présentait souvent une flexion toute formée.

Symptômes de la maladie confirmée. Chez toutes les femmes il existait de la *douleur* spontanée et provoquée ; mais c'était particulièrement au moment des règles, et parfois la *dysménorrhée* était des plus considérables. Sous ce rapport, l'antéflexion l'emporte de beaucoup sur l'antéversion, parce que, sans aucun doute, la flexion, en effaçant le canal utérin, empêche la sortie du sang.

Examen au spéculum. Le col se présente presque toujours dans le champ du spéculum. Rarement, il est volumineux. Le plus souvent il est long, mince et pointu, circonstance non moins remarquable que les précédentes, et qui parle encore en faveur de l'antéflexion congénitale dans un bon nombre de cas.

Toucher vaginal. Le toucher vaginal donne des résultats différents, suivant les cas, car l'antéflexion se divise en deux formes distinctes.

a. Première forme. Le col est peu ou point dévié, et le corps est couché en avant comme dans l'antéversion. En pareil cas, la flexion a lieu à une hauteur de 2 à 4 centimètres environ au-dessus de l'orifice externe.

Par le toucher vaginal, on trouve d'abord le col dans sa direction normale ou un peu ramené en avant, puis un angle peu aigu ; puis le corps horizontalement couché et dont on peut suivre toute la face antérieure.

b. Deuxième forme. Le col est dirigé en avant, et le corps, affaissé sur lui, repose sur sa partie antérieure devenue supérieure. L'utérus est complétement plié en deux.

Par le toucher vaginal, on arrive directement sur la face postérieure du col, puis en ramenant le doigt en avant, on trouve l'orifice externe, et en suivant sa face antérieure, on arrive dans un angle très aigu et profond, au-dessus duquel on trouve le fond de l'utérus formant une espèce de tumeur globuleuse.

Le *toucher rectal* n'est pas nécessaire. Si on le pratique on sent que le corps de l'utérus ne fait pas suite au col vers la concavité du sacrum.

Si l'on combine le toucher vaginal avec le palper hypogastrique, on reconnaît que le corps de l'utérus ne peut pas être aussi facilement saisi que quand il conserve sa direction normale.

Cathétérisme utérin. L'emploi de la sonde est très utile dans l'antéflexion. Il sert, en effet, à reconnaître la profondeur de la flexion, ce qui est très important pour le traitement.

Première forme. La sonde introduite d'abord, comme si l'utérus n'était pas dévié, s'arrête à une profondeur de 2 centimètres à 3 1/2 centimètres. Il faut noter cette profondeur, puis abaisser beaucoup le manche vers le périnée ; par ce mouvement on la fait pénétrer facilement dans la cavité du corps.

Deuxième forme. Il faut aller chercher l'orifice en haut et en avant, faire pénétrer la sonde en dirigeant son bec en arrière et en bas, ainsi que sa concavité. Elle est arrêtée dans ce mouvement à une profondeur de 3 à 4 centimètres. Alors on lui fait exécuter un mouvement circulaire qui ramène le bec et la concavité en avant, et l'on pénètre comme dans le cas précédent.

Ce cathétérisme est, comme on le voit, plus difficile que celui de l'antéversion. Dans les premiers temps, j'ai souvent échoué, parce que cette manœuvre, dont je n'avais pas encore compris l'utilité, ne m'était pas familière. Aujourd'hui, toutes les difficultés ont disparu.

Les *autres symptômes* ne diffèrent pas de ceux de l'antéversion, si ce n'est que la *fréquence de la miction* s'observe bien plus rarement, parce que le corps pèse moins, surtout dans la deuxième forme, sur la paroi postérieure de la vessie.

C'est surtout dans l'antéflexion que Kiwisch et M. Virchow ont observé la *rétention du mucus.* Le premier même a vu cette déviation être la cause d'une véritable *hydrométrie.*

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie ne nous présente pas d'autre particularité que la rapidité de son début plus grande que dans l'antéversion, la constance plus grande des symptômes, et les exacerbations plus fréquentes et généralement plus violentes aux époques menstruelles. La *durée* et la *terminaison* ne nous offrent aucune considération propre à l'antéflexion.

§ V. — Lésions anatomiques.

Suivant qu'il existe une des deux formes précédemment décrites, l'utérus se présente dans des conditions différentes. *Dans la première*, il n'y a pas d'atrophie de la paroi antérieure; l'utérus est généralement engorgé et ferme. *Dans la seconde*, il existe souvent une disposition signalée par M. Depaul, dont j'ai fait voir un exemple remarquable à ma clinique (1), et que M. Virchow a très bien décrite. La matrice est pliée en deux; si on la redresse, le corps de l'utérus retombe immédiatement après sur le col. Au point de flexion, la paroi antérieure est très molle et amincie. Cette atrophie a été souvent portée au plus haut point dans les cas observés par M. Virchow (2). Cet habile anatomo-pathologiste a indiqué d'une manière précise le point où siége la flexion. C'est au-dessous du point où le péritoine se réfléchit dans l'excavation utéro-vaginale, et dans un espace compris entre le cul-de-sac péritonéal et le cul-de-sac vaginal. Cet espace, indiqué déjà par Lisfranc, a été parfaitement décrit dans les ouvrages de MM. Sédillot et Malgaigne, et M. Jobert l'a signalé avec soin, comme permettant de porter le bistouri au-dessus du cul-de-sac vaginal, sans intéresser le péritoine, dans l'opération de la fistule vé-

(1) Voy. *Leçons clin.*, p. 93, obs. VIII.
(2) *Verhandl. der Gesellschaft für Geburtschülfe*, in Berlin, 1851.

sico-vaginale. Il y a donc là un point dans lequel il n'existe que du tissu cellulaire serré du côté du col, plus lâche vers le corps. C'est là, à la partie correspondante de l'orifice interne, que se fait la flexion. Voici maintenant comment M. Virchow explique la formation de l'antéflexion :

Mécanisme de la formation de l'antéflexion suivant M. Virchow. Il faut pour que l'antéflexion se forme, que le fond de l'utérus soit rendu moins mobile par la disposition des ligaments ou par des adhérences. Quant au col, le tissu cellulaire serré qui l'unit à la vessie le fixe naturellement. Quand, les choses étant en cet état, la vessie se dilate, le corps et le col ne peuvent pas céder puisqu'ils sont fixés. C'est la partie la plus mobile et la plus mince, c'est-à-dire celle où passe la ligne de démarcation entre le col et le corps, qui se laisse repousser, et de là l'antéflexion.

Cette théorie ne peut, comme on le voit, s'appliquer qu'à la seconde forme ; mais même, en pareil cas, elle ne paraît pas complétement admissible, car ainsi que l'a fait remarquer M. Mayer, on peut guérir de semblables antéflexions, ce qui n'aurait pas lieu si la cause incessante signalée par M. Virchow était bien réelle. D'un autre côté, nous avons vu que M. Boullard a constaté dans un bon nombre de cas que l'antéflexion n'est autre chose que la persistance ou l'exagération de la forme naturelle de l'utérus chez le fœtus.

Des adhérences dans un certain nombre de cas ; le rétrécissement de l'orifice interne ; la coarctation d'une autre partie du col, telles sont les autres lésions anatomiques qu'il importe de mentionner.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Rien n'est plus facile que de reconnaître s'il existe une antéflexion. La direction normale du corps ou sa propulsion en avant, l'angle qui existe vers la jonction du col et du corps ou au-dessous, le corps de l'utérus transversal comme dans l'antéversion (1re forme) ou globuleux et retombant sur le col (2e forme), servent à faire distinguer cette déviation.

Cependant il est des cas rares où une *tumeur quelconque*, développée au-devant de l'utérus, peut en imposer pour le corps replié. C'est ce que j'ai vu dans deux cas. J'observai le premier à l'hôpital Sainte-Marguerite. Il y avait un *cancer de la vessie*, faisant saillie à la partie supérieure du vagin et donnant lieu à des symptômes de déviation (miction fréquente et douloureuse, douleurs, etc.). En pareil cas, le cathétérisme utérin fait voir que la direction de l'utérus n'est pas changée et que la tumeur reste immobile lorsqu'on imprime des mouvements à cet organe, et, d'un autre côté, le cathétérisme vaginal fait reconnaître les lésions de la vessie et les altérations de l'urine.

J'ai vu le second cas chez une dame auprès de laquelle j'avais été appelé par M. le docteur Tournié. Il y avait au-devant de l'utérus une tumeur fournie par le *développement de l'ovaire* qui ressemblait également au corps de la matrice. Ici le cathétérisme utérin est suffisant. Il montre, en effet, que la matrice est seulement repoussée en arrière, puisque la sonde pénètre directement et que la tumeur est immobile. Le prolongement de cette tumeur vers la fosse iliaque est reconnu à l'aide du toucher vaginal et du palper hypogastrique combinés.

Un point très important de diagnostic consiste dans la détermination de la profondeur du point précis où existe la flexion. Ici, en effet, les notions d'anatomie pathologique ne peuvent suffire dans aucun cas, car en admettant même, ce qui n'est pas, qu'elle occupât toujours le siége que lui a assigné M. Virchow, le col peut être plus ou moins long, ce qui rend le point de la flexion plus ou moins éloigné de son orifice externe.

En pareil cas il ne faut pas oublier le précepte général d'*introduire la sonde comme si elle devait pénétrer directement.* Après un certain trajet, elle est arrêtée par la flexion ; on la retire et on note avec soin à combien de millimètres elle a pénétré, puis renouvelant la manœuvre, on abaisse le manche de l'instrument et s'il pénètre sans difficulté autre que celle que lui oppose l'orifice interne, on connaît le point principal de la flexion.

Quant aux adhérences, à la rigidité des tissus, aux complications, elles se reconnaissent comme dans les autres déviations.

§ VII. — Traitement.

Le *cathétérisme utérin* produit une amélioration plus ou moins notable ; mais il n'a suffi pour procurer la guérison que dans un seul cas.

Par le *redresseur utérin*, MM. Simpson et Mayer ont obtenu des guérisons durables. Pour moi, les résultats ont été très différents dans les deux séries de cas que j'ai traités. Dans la première, la guérison a été obtenue dix fois sur onze, et dans la seconde, une fois seulement sur quatre. Cette différence ne peut s'expliquer que par la nature des déviations qui étaient certainement congénitales dans les quatre cas de la seconde série. De ces malades, en effet, trois étaient vierges et la quatrième avait vu survenir les symptômes de sa maladie quelques jours après le mariage. Du reste, trois seulement ont été traitées, parce que la quatrième est tellement contrefaite (déviation extrême de la colonne vertébrale) que je n'ai pas cru prudent d'appliquer le redresseur, dont je n'attendais pas du reste un résultat bien favorable, la cavité abdominale étant trop rétrécie pour permettre le développement normal des organes.

Il est important : 1° que la tige du redresseur *dépasse la flexion d'un centimètre et demi environ ;* 2° *que l'utérus ait été redressé* par la sonde avant l'introduction.

Dans cette déviation il faut enlever le redresseur dès que la malade se plaint, car on peut craindre que la paroi postérieure du corps n'appuie sur l'extrémité de la tige intra-utérine.

Il est facile de comprendre l'utilité de ces précautions. Si l'on ne dépassait pas la flexion on courrait risque d'implanter la tige dans le coude qu'elle forme.

Dans mes *Leçons cliniques*, j'ai dit que l'antéflexion paraît plus facile à guérir que l'antéversion, me fondant sur le plus grand nombre de guérisons et sur la plus courte durée du traitement. D'après ce qui précède, cette proposition n'est exacte que relativement aux antéflexions acquises.

Je n'ai rien à ajouter sur les *autres traitements proposés* et sur les *moyens accessoires ;* car je n'aurais rien à dire qui s'appliquât spécialement à l'antéflexion.

ARTICLE IV.

ANTÉVERSION FLEXUEUSE (VARIÉTÉ).

L'antéversion flexueuse n'étant qu'une variété, il me suffira de rappeler le peu de mots que j'en ai dits dans mes *Leçons cliniques.*

« *Définition.* Dans les déviations que je réunis sous ce titre, l'axe de l'utérus, considéré d'une manière générale, se trouve dévié complétement comme dans l'antéversion, mais l'organe présente, en outre, *une ou plusieurs flexuosités*, de sorte qu'il n'y a pas comme dans l'antéflexion, deux axes, un pour le corps, l'autre pour le col, venant se réunir à angle aigu, mais un seul axe représenté soit par une ligne courbe, soit par une ligne onduleuse ou brisée.

» Sur trois cas d'antéversion avec flexion que j'ai pu observer, j'ai trouvé *trois variétés* différentes.

» *Première variété.* Dans la plus simple, l'utérus était absolument situé comme dans l'antéversion ; seulement la face antérieure, au lieu d'être complétement horizontale, formait une courbe à concavité inférieure. C'est la flexion en arc de M. Sommer.

» *Deuxième variété.* Dans une autre, l'utérus, très engorgé, se trouvait former la même courbe par sa face antérieure ; mais, en outre, le col était un peu élevé en arrière, et il y existait une légère flexion.

» *Troisième variété.* Enfin, dans le cas le plus compliqué, il existait deux flexions successives. »

La seule remarque de quelque importance à faire sur cette variété de déviation est relative à l'*introduction de la sonde.* Il faut d'abord par le toucher reconnaître autant que possible les flexuosités, puis avec l'instrument *suivre sans violence les sinuosités* qu'elles forment.

Sous tous les autres rapports, on peut appliquer à l'antéversion flexueuse ce que j'ai dit de l'antéversion. J'ajoute seulement que, dans un cas, le résultat du *traitement* a été des plus remarquables, car Récamier et d'autres médecins avaient auparavant prescrit tous les moyens usités sans obtenir autre chose que des améliorations passagères. La malade a parfaitement guéri, et son mari, qui est médecin, m'a adressé une relation de sa maladie qui prouve combien elle était rebelle. Après un an et demi, la guérison ne s'est pas démentie.

ARTICLE V.

RÉTROVERSION.

Je pense qu'il faut faire pour les déviations en arrière comme pour les déviations en avant, c'est-à-dire décrire d'abord la rétroversion simple, puis la rétroflexion. Tel n'est pas l'avis de M. Simpson, qui se fonde sur ce que les deux affections donnent lieu à des symptômes semblables et doivent être traitées de la même manière. Mais si les symptômes sont semblables, ils ont une intensité variable ; en outre, les procédés d'exploration pour arriver au diagnostic présentent quelques différences importantes, et enfin, s'il est vrai de dire que le traitement est le même, il y a dans la manière de le diriger, et dans la plus ou moins grande promptitude de ses résultats, des particularités qui méritent d'être connues.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La rétroversion est une espèce de déviation dans laquelle la matrice est plus ou moins renversée en arrière, de telle sorte que le col se porte vers les pubis, et le corps vers la concavité du sacrum. Elle est simple quand il n'y a pas de flexuosité notable de l'axe de l'organe. On a donné à cette affection les noms de *renversement en arrière*, *supinatio*, *reclinatio uteri*. D'après les faits que j'ai observés, elle est moins fréquente que l'antéversion ; mais les recherches sur ce point doivent être multipliées.

§ II. — Causes.

Sous le rapport des causes, je n'ai rien trouvé qui appartînt en propre à la rétroversion. On peut lui appliquer ce que j'ai dit de l'antéversion. M. Simpson a, il est vrai, insisté beaucoup sur la constipation comme cause occasionnelle ; mais les observations démontrent que le plus souvent la constipation est survenue après l'apparition de la maladie.

J'ajoute que j'ai observé cinq cas sur vingt-quatre dans lesquels la maladie étant survenue soit chez des vierges, soit chez des femmes qui n'ont pas eu d'enfants et très peu de temps après les premiers rapprochements sexuels, j'ai été porté à regarder le déplacement comme *congénital*.

§ III. — Symptômes.

La *douleur* qui se manifeste spontanément dans tous les cas ne m'a présenté rien de particulier, si ce n'est qu'elle *occupe constamment les lombes*, ce qui n'a pas toujours lieu dans l'antéversion, et que parfois elle a son *siége dans la région sacrée* elle-même. Sous tous les autres rapports (points névralgiques, douleurs des cuisses, du thorax, etc.), il n'y a pas de différence.

La *constipation* est constante, ce qui est loin d'exister dans les renversements en avant. Elle s'explique par la compression que le corps de la matrice exerce sur le rectum. Dans quelques cas, elle alterne avec du *dévoiement* et le rejet de *mucosités* plus ou moins abondantes. Quelquefois, enfin, il y a par moments des *douleurs expulsives* dans le rectum sans aucun résultat. L'utérus, en même temps qu'il excite le rectum par sa présence, joue alors le rôle de soupape.

Le *volume de l'utérus* est presque toujours augmenté. L'organe est *lourd*, parfois douloureux à la face postérieure du corps. La paroi postérieure a souvent une épaisseur plus grande qu'à l'état sain, ce que l'on reconnaît par le moyen de la sonde, comme on le verra tout à l'heure.

Examen de l'utérus. A l'aide du *spéculum*, on constate ce qui suit : le col se présente par sa face postérieure ; on voit en haut son orifice, et à peine distingue-t-on une petite partie de sa lèvre antérieure. *Pour saisir le col*, il faut diriger fortement l'extrémité de l'instrument en haut et en avant.

Par le *toucher vaginal*, on reconnaît que l'utérus est situé plus bas qu'à l'état normal. On sent l'orifice externe en avant contre la paroi du vagin et le bas-fond de la vessie. Plus haut, en avant, on ne sent pas le corps, on trouve comme un grand vide où n'existe que la résistance molle de la masse intestinale. Si l'on porte le doigt le long de la face inférieure et en arrière, on peut parcourir presque toute

l'étendue de l'utérus dont on suit le corps dans la concavité du sacrum. Quand il n'y a qu'une simple obliquité, on sent que le corps se porte vers l'angle sacro-vertébral; il fait directement suite au col.

Le *toucher rectal* n'est nullement indispensable. Quand on le pratique on sent le corps globuleux qui déprime la paroi antérieure du rectum.

Cathétérisme utérin. Il faut d'abord, avec le bec de la sonde et en dirigeant sa concavité en arrière, aller chercher l'orifice externe. L'instrument est immédiatement arrêté parce qu'il vient heurter contre la paroi antérieure du col. On porte alors fortement le manche de la sonde en haut, en poussant doucement en arrière, et on le fait pénétrer ainsi jusqu'au fond de l'utérus. Ordinairement il est facile de relever l'organe en tournant en avant la concavité de la sonde et en abaissant son manche vers le périnée. Quelquefois on éprouve une *résistance;* si elle est très forte, il ne faut pas insister : il y a des *adhérences* qu'on pourrait rompre ; si elle est faible, c'est une simple *rétraction des tissus* qui cède quand on relève lentement l'utérus.

Les autres signes ou symptômes ne nous offrent rien qui soit particulièrement applicable à la rétroversion.

§ IV. — Marche, durée, terminaison.

Tout ce qui a été dit des autres déviations s'applique à celle dont nous nous occupons. Je n'y reviendrai pas.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je n'aurais rien non plus à ajouter à ce que j'ai dit des lésions anatomiques dans les généralités, et je dois encore passer outre.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de la rétroversion ne présente réellement aucune difficulté. La situation du col en avant, la continuation en ligne directe du corps vers la concavité du sacrum, suffisent déjà. Il ne peut plus rester le moindre doute lorsqu'on a introduit la sonde et qu'ayant relevé l'utérus on ne sent plus son corps dans cette concavité.

On a vu plus haut comment on diagnostiquait les *adhérences.* Quelquefois la paroi postérieure du corps est hypertrophiée; on constate le fait en la touchant avec l'extrémité du doigt lorsque la sonde est introduite. On sent, en effet, une très grande épaisseur de tissu qui sépare le doigt de la sonde.

Pronostic. Presque toutes les malades soumises à l'emploi du redresseur intra ou extra-utérin ont guéri. Il arrive cependant quelquefois que les douleurs ou des envies d'uriner persistent après le traitement; mais ces cas sont exceptionnels. Toutes choses égales d'ailleurs, la rétroversion est moins sujette aux rechutes que les autres déviations. Sans l'emploi du traitement principal, cette affection n'a aucune tendance à la guérison radicale.

§ VII. — Traitement.

Sur 24 cas, 17 ont été traités par le *redresseur intra-utérin;* 15 ont été complétemen guéris, dont 2 qui étaient encore en traitement quand j'ai fait l'histoire de ma première série de faits. Une a renoncé au traitement avant qu'il eût eu le

temps d'agir; une dernière a vu ses douleurs persister après le redressement. Elle avait présenté des symptômes de syphilis constitutionnelle; mais le traitement antisyphilitique ne l'a pas débarrassée de ses douleurs.

Ce résultat est assurément des plus satisfaisants; mais l'introduction d'une tige dans l'utérus étant difficile pour beaucoup de médecins, et pouvant occasionner quelques accidents dont on a beaucoup exagéré l'importance, j'ai cherché un autre moyen et j'ai mis en usage le *cathétérisme*, le *redressement momentané* et le *pessaire en caoutchouc* combinés.

Ce dernier moyen, décrit précédemment, a été appliqué à 7 cas que j'ai sous les yeux. Dans 6, la guérison est complète, le septième est encore en traitement et il y a déjà une amélioration évidente. La durée du traitement a été de trois semaines à trois mois et demi. Cette dernière durée est exceptionnelle. La guérison est encore récente, mais chez toutes l'utérus est si bien replacé qu'il est plus que probable qu'elle sera permanente. Je crois donc que ce dernier mode de traitement, qui est facile et aussi efficace que le premier, doit être définitivement adopté.

J'ajoute qu'en somme, sur 24 rétroversions, 21 ont été guéries par l'un ou par l'autre moyen, ce qui est un résultat des plus satisfaisants.

Quant aux *autres traitements* je n'ai pas à m'en occuper ici, ce que j'en ai dit dans l'histoire des déviations en général étant très suffisant; et les *moyens accessoires* n'ont rien offert de particulier.

ARTICLE VI.

RÉTROFLEXION.

La rétroflexion nous offrira quelques particularités très importantes sur lesquelles j'appelle l'attention du lecteur. C'est surtout à propos du diagnostic que j'aurai à les mentionner.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La rétroflexion est une déviation dans laquelle le corps de l'utérus se porte en arrière et plus ou moins bas, tandis que le col reste dans sa direction normale, ou seulement se porte dans la direction de l'axe du vagin, ou enfin se porte en arrière. Quelle que soit la direction précise de ces deux parties de l'organe, il en résulte toujours un angle à sinus postérieur et ordinairement inférieur.

Formes. J'ai reconnu *trois formes* principales dans la rétroflexion. Elles sont trop importantes pour le diagnostic et le traitement, pour que je puisse me dispenser de les faire connaître avec quelques détails.

A. Première forme. Le col n'est pas dévié de sa direction normale; le corps de l'utérus s'est seulement replié de manière à ce que son fond vienne faire saillie un peu au-dessus, et en arrière du col.

B. Deuxième forme. C'est la plus commune. Le col est porté en avant vers le bas-fond de la vessie; le corps est tombé en arrière où il forme une tumeur globuleuse qui descend quelquefois aussi bas que le col.

C. Troisième forme. C'est la plus rare et la plus difficile à reconnaître. Le col est porté en arrière comme dans l'antéversion, et le corps repose sur lui de telle sorte que l'organe est complétement plié. Cette forme correspond à la seconde forme d'antéflexion que j'ai décrite dans un des articles précédents.

La rétroflexion s'est montrée moins fréquente que la rétroversion simple. Dans la pratique on la trouve, du moins si l'on s'en rapporte aux faits observés jusqu'à présent, à peu près aussi souvent que l'antéflexion, ce qui est dû sans doute à ce qu'elle donne lieu plus constamment à des symptômes, car nous avons vu que sur le cadavre, l'antéflexion se rencontre bien plus souvent.

II. — Causes.

Sous le rapport des causes, nous ne trouvons encore rien qui appartienne en propre à la rétroflexion. C'est surtout à propos de cette déviation que M. Simpson a parlé de la constipation opiniâtre; mais ce que j'ai dit dans l'article précédent, à ce sujet, pourrait être reproduit ici. L'explication de M. Virchow, relativement à l'antéflexion, ne peut évidemment pas être invoquée ici. Et quant à la rétroflexion *congénitale*, je n'ai pas trouvé un seul exemple incontestable; cependant on ne peut pas dire que son existence soit impossible.

C'est toujours l'influence de l'*accouchement*, de l'*avortement*, des *efforts*, des *chutes*, qui est la plus évidente dans cette déviation comme dans les autres.

§ III. — Symptômes.

Ainsi que pour les déviations précédentes, je ne m'attacherai qu'aux symptômes qui présentent quelque chose de particulier.

La *douleur*, comme dans la rétroversion, avait son siége constant dans les *lombes* et dans le *sacrum*. Les douleurs dans les *aines* étaient rares.

La *marche* était presque toujours difficile et douloureuse. Quelquefois seulement pénible et fatigante.

Examen de l'utérus. Col facile à saisir avec le *spéculum;* volumineux, et, ainsi que l'a noté Kiwisch, *entr'ouvert.*

Toucher vaginal. Par le toucher vaginal on trouve le col situé plus ou moins bas et dirigé tantôt en avant, tantôt dans sa direction normale, tantôt en arrière. Ces directions correspondent aux trois formes que j'ai signalées. Si on porte le doigt sur l'orifice, il y pénètre plus ou moins facilement. Quelquefois l'élargissement de l'orifice externe est extrême, et l'on peut introduire l'extrémité de deux doigts dans la cavité du col. Ce qui prouve bien que ce signe appartient à la déviation, et non à aucune autre lésion de l'organe, c'est que lorsque l'utérus est replacé, l'orifice se referme de la manière la plus évidente.

En portant ensuite le doigt en avant et en haut, on ne trouve pas le corps et on sent seulement la résistance molle de la masse intestinale. Si, au contraire, on le porte en arrière, on trouve bientôt le corps globuleux de l'utérus qui descend quelquefois aussi bas que le col, et entre les deux un angle rentrant bien manifeste.

Le *toucher rectal* est presque toujours inutile. Si on l'emploie, il fait reconnaître, en arrière, vers le rectum, le corps de l'utérus dans une étendue un peu plus grande, et l'on constate en même temps la dépression de la paroi antérieure de l'intestin.

Il est bien rare que la *pression* exercée sur le corps ne détermine pas une douleur souvent fort vive.

Le toucher fait encore reconnaître l'engorgement de l'utérus, et ordinairement

une fermeté assez grande de son tissu, sauf dans le point de la flexion. Dans une faible minorité des cas, l'utérus est au contraire flasque et mou.

Le *cathétérisme utérin* mérite une mention particulière. Pour le pratiquer convenablement, introduisez la sonde comme si l'utérus était dans sa direction normale, c'est-à-dire le bec dans la direction de l'axe du grand bassin et la concavité en avant. Lorsque vous sentez de la résistance, n'insistez pas, vous êtes à la flexion. Notez la profondeur du point où elle est située, comme dans l'antéflexion; puis, replacez la sonde de la même manière jusqu'à la flexion, faites exécuter un mouvement demi-circulaire au manche de l'instrument, de manière à porter le bec de la sonde en arrière et en bas, et par conséquent la concavité dans la même direction, alors la sonde pénètre sans effort et presque sans douleur jusqu'au fond de l'organe; pour cela il suffit de relever le manche vers le pubis avec un très léger mouvement de propulsion. La nécessité de cette manœuvre pour arriver jusque dans la cavité du corps existe particulièrement dans la rétroflexion.

La *constipation* est le plus souvent opiniâtre; cependant elle est moins constante que dans la rétroversion. La *miction* est presque constamment naturelle, ce qui fait différer cette déviation des précédentes, et ce qui s'explique naturellement par la position du col qui est peu ou point dévié en avant.

Sous les divers autres rapports, la rétroflexion ne présente rien de particulier.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Sous ces divers rapports, cette déviation ne diffère pas de celles qui ont été précédemment décrites. Je n'y insiste pas.

§ V. — Lésions anatomiques.

Tout ce qu'il importe de dire à ce sujet, c'est qu'on trouve à la paroi postérieure, et au point correspondant à la flexion, une mollesse, et souvent une atrophie semblables à celles que nous avons trouvées à la paroi antérieure dans les antéflexions, et que la partie de la paroi postérieure, située au-dessus de ce point, est plus ou moins engorgée. Quant aux *adhérences* et aux diverses *lésions concomitantes*, elles sont les mêmes que dans les autres déviations.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

De toutes les déviations, la rétroflexion est celle qui peut présenter le diagnostic le plus difficile et qui a le plus souvent donné lieu à des erreurs.

Rappelons d'abord que derrière le col se trouve le corps globuleux de l'utérus, qu'entre les deux il y a un angle à sinus postérieur et inférieur, et que ces parties sont ordinairement très accessibles au toucher vaginal. Il semble que dans de semblables conditions la déviation soit toujours très facile à diagnostiquer ; mais il est des lésions qui peuvent la simuler parfaitement.

1° Il peut exister un *engorgement considérable du corps qui ne s'étend pas jusqu'au col.* Il résulte de cette lésion, dont j'ai cité un cas remarquable dans mes *Leçons cliniques* (1), un angle entre le col et la saillie du corps, qui peut d'autant plus en imposer que l'utérus est entraîné un peu en arrière par le poids de la partie

(1) P. 127, obs. XVI.

engorgée, et qu'on peut très bien ne pas trouver le corps en avant. *L'emploi de la sonde* permet seul de préciser le diagnostic en pareil cas.

En la portant, en effet, dans la direction normale de l'utérus, on la fait pénétrer jusqu'à 7 ou 8 centimètres, et l'on s'assure par le toucher que la tumeur n'a changé sous aucun rapport ; en même temps on sent entre le doigt et la sonde une grande épaisseur de tissus. C'est ainsi que j'ai pu porter un diagnostic rigoureux dans le cas que je viens de citer.

2° Une *tumeur fibreuse* peut occuper la paroi postérieure du corps et donner lieu aux mêmes signes appréciables par le toucher. M. Barth en a observé un exemple remarquable dont il m'a communiqué les détails. Le diagnostic se porte de la même manière que dans le cas précédent. Toutefois, il faut reconnaître que la dureté considérable et la forme très globuleuse de la tumeur mettent sur la voie ; mais je ne crois pas que ces signes puissent lever tous les doutes.

3° La *tumeur sanguine*, ou *hématocèle rétro-utérine*, forme également une saillie derrière le col, dont elle est séparée par un sillon, lorsqu'elle n'a pas encore pris un très grand développement. On la reconnaît à sa fluctuation plus ou moins manifeste, à son prolongement vers la fosse iliaque accessible par le palper, et surtout à la pénétration directe de la sonde. Quand la tumeur est très volumineuse, elle colle le corps contre le pubis en le repoussant en haut, elle efface le cul-de-sac postérieur du vagin et quelquefois même le col lui-même. En pareil cas, le diagnostic ne présente aucune difficulté.

4° Il est une autre affection fréquente, dont je donnerai plus loin l'histoire détaillée, et qui a été imparfaitement décrite jusqu'à ce jour. Cette affection simule si bien la rétroflexion, que trois fois j'ai été appelé pour redresser l'utérus dans des cas de ce genre. C'est le *phlegmon rétro-utérin* (1). En pareil cas, la grande sensibilité de la tumeur située derrière le col, sa résistance plus ou moins molle, les plis du vagin qui existent à sa surface, lorsqu'elle n'est pas très développée, mettent sur la voie du diagnostic, mais ne suffisent pas. Il faut encore recourir à la sonde qui pénètre directement, laissant la tumeur à sa place, sans aucun changement. Ainsi, plus nous avançons dans l'histoire de ces maladies, plus nous voyons combien le cathétérisme utérin est indispensable pour le diagnostic.

5° Je me contente de signaler une tumeur qui serait, suivant quelques auteurs anglais, et M. Rigby en particulier, formée par l'*ovaire enflammé et déplacé*, qui serait venu s'accoler à la partie postérieure de l'utérus. Les documents ne sont pas encore suffisants sur ce point. Il suffit donc de dire que la pénétration directe de la sonde prouverait encore, outre la mobilité de la tumeur, que celle-ci n'appartient pas à la matrice elle-même.

6° Dans la *troisième forme* de rétroflexion, le doigt ne peut pas sentir la tumeur formée en arrière par le corps, parce qu'elle est située trop haut. C'est en pareil cas que le cathétérisme utérin est surtout indispensable. Sans lui, en effet, pas de diagnostic possible, et comme le col se porte fortement en arrière, on peut croire, et l'on a cru même à une antéversion. Cette erreur serait funeste, car elle exposerait à la perforation de l'utérus au niveau de la flexion. N'oublions donc pas que la sonde doit être introduite directement, sa concavité en avant ; si à la hauteur de

(1) Voy. la description de cette maladie dans le chapitre suivant.

3 centimètres environ on est arrêté, et si, en faisant exécuter à la sonde le mouvement circulaire précédemment décrit, on pénètre dans le corps à une profondeur de près de 4 centimètres, c'est qu'on a affaire à cette forme de rétroflexion. J'ai pu ainsi porter un diagnostic précis, qui était complétement impossible de toute autre manière.

Je ne donne pas de *tableau synoptique* de ce diagnostic, parce que le cathétérisme utérin étant indispensable, et faisant parfaitement reconnaître les diverses lésions qui peuvent être confondues, les autres signes perdent la plus grande partie de leur importance.

Pronostic. L'utérus, dans la rétroflexion, n'a aucune tendance à reprendre spontanément sa direction naturelle. D'un autre côté, le redressement n'est ordinairement pas difficile, en sorte que sous ce rapport le pronostic ne paraît pas défavorable ; mais j'ai vu dernièrement dans deux cas la tendance aux rechutes plus grande que dans la rétroversion simple, ce que je n'avais pas observé dans la première série, et ce qui prouve que le nombre des cas n'était pas assez considérable pour se prononcer sur ce point.

§ VII. — Traitement.

Sur dix-huit cas que j'ai traités, trois ont été guéris par le redressement avec la sonde seule. Chez treize, le redresseur a été appliqué, et a produit dix guérisons et une amélioration. Dans deux cas, dont un avec traitement incomplet, le résultat n'a pas été favorable.

Enfin, deux malades ont été traitées par le *redressement avec la sonde et l'emploi du pessaire en caoutchouc combinés.* L'une est guérie, et l'autre est encore en traitement. En résumé, sur dix-huit cas, nous comptons quatorze guérisons, une amélioration évidente, deux insuccès et une malade en traitement.

ARTICLE VII.

RÉTROVERSION FLEXUEUSE (VARIÉTÉ).

Définition. Cette déviation, qui est l'analogue de l'antéversion flexueuse, est caractérisée par le renversement en arrière, et une ou plusieurs flexuosités qui donnent à l'organe une forme onduleuse.

Sous le rapport des *causes*, des *symptômes*, de la *marche de la maladie* et des *lésions*, cette variété ne diffère pas sensiblement de la rétroversion.

C'est seulement sous le rapport du *diagnostic* que cette variété a quelque importance. On pourrait, en effet, croire, en trouvant l'utérus si irrégulier, à la présence de tumeurs dans ses parois. Il faut observer ce qui se passe pendant l'introduction de la sonde ; car on voit les flexuosités disparaître à mesure qu'elle pénètre, et après son introduction, l'utérus est comme dans la rétroversion.

L'*introduction de la sonde* présente quelques difficultés. Il faut, en effet, suivre les diverses sinuosités que présente le canal utérin. Pour cela, on doit, sans agir violemment, porter l'instrument tantôt en avant, tantôt en arrière, suivant que la flexion est antérieure ou postérieure.

Le *traitement* ne diffère pas de celui de la rétroversion et de la rétroflexion ; mais ses résultats sont un peu moins avantageux. Ainsi, sur douze cas, j'ai obtenu

huit guérisons complètes, une amélioration notable; deux fois le replacement qui ne se consolide pas et demande assez souvent encore l'emploi du redresseur ; mais moyennant ce traitement, les malades peuvent se livrer à leurs occupations, ce qu'elles ne pouvaient pas faire auparavant. Enfin, chez une malade, bien que l'utérus soit redressé, il est resté des douleurs vésicales et des envies fréquentes d'uriner, ce qui résulte sans doute d'une inflammation chronique de la vessie.

ARTICLE VIII.

LATÉROVERSIONS ET LATÉROFLEXIONS.

Dans l'état actuel de la science, on ne peut pas présenter des considérations bien importantes sur les déviations latérales, que je désigne sous les noms de *latéroversion* et *latéroflexion* droite ou gauche, suivant le côté vers lequel s'incline le corps de la matrice. Je ne saurais mieux faire que de répéter ici ce que je disais à ce sujet dans mes *Leçons cliniques* (1) :

« Je ne les ai jamais trouvées seules; toujours unies à d'autres formes de déviations, elles ont paru, dans plusieurs cas, pouvoir rendre compte de la prédominance de certains symptômes, de tel ou tel côté, par exemple de la douleur existant dans une seule aine. Généralement la douleur était plus forte du côté vers lequel s'inclinait l'utérus; mais pourtant j'ai vu des exemples du contraire. Cela pourrait-il s'expliquer, dans le premier cas, par la pression du corps de l'utérus sur le plexus sacré et les nerfs qui en émanent, et dans le second par le tiraillement des ligaments ?

» J'ai vu aussi la constipation plus fréquente dans les latéroversions gauches que dans les droites, ce dont rend parfaitement compte la disposition anatomique des parties.

» M. le docteur Dezanneau (2) dit avoir trouvé les déviations latérales plus fréquentes à droite qu'à gauche; je n'ai pas de relevé à cet égard, mais on conçoit que cela soit ainsi, puisque le rectum, étant situé à gauche, doit, lorsque les matières fécales le distendent, repousser l'utérus vers la droite. »

CHAPITRE V.

MALADIES DES TISSUS PÉRI-UTÉRINS.

Il est un certain nombre de lésions qui ont pour siége, non pas l'utérus ni les ovaires, mais les tissus qui environnent ces organes et les unissent entre eux. Ces affections ont des symptômes et une physionomie qui leur sont propres. Elles peuvent être une simple extension d'une maladie de l'utérus aux tissus circonvoisins ; mais parfois elles existent en l'absence de toute affection utérine ou ovarique. Elles méritent donc une description toute particulière, et cependant, on chercherait en vain cette description dans les traités de pathologie.

(1) P. 143.
(2) *Loc. cit.*

Ce n'est pas qu'elles aient été complétement méconnues, bien loin de là ; mais n'ayant pas leur siége dans un organe particulier, elles ont été confusément indiquées parmi d'autres affections semblables, ou seulement exposées à l'aide d'observations isolées éparses dans les divers recueils.

Ces affections sont les *hématocèles péri-utérines*, dont nous n'avons eu la description complète que dans ces derniers temps ; l'*inflammation péri-utérine*, décrite pêle mêle avec les divers abcès du bassin, qui ont leur origine tantôt dans une lésion du cœcum, tantôt dans une altération des os, etc., et qu'on a aussi désignées sous le nom de *tumeurs fluctuantes* du bassin avec les tumeurs sanguines, les abcès des ligaments larges, etc. Enfin l'*inflammation des ligaments larges*, qu'on avait englobée dans les diverses inflammations du bassin et qu'on avait surtout comprise dans les phlegmons de la fosse iliaque.

On voit par ce simple exposé que, si l'existence de symptômes et de signes propres à chacune de ces affections est réelle, il était bien impossible de les connaître parfaitement, puisque, au lieu d'étudier chaque espèce séparément, on ne faisait qu'une description générale, ne recherchant de signes différentiels que dans la manifestation de la collection sanguine ou de l'abcès qui est, non la maladie tout entière, mais un simple résultat de la maladie, et qui même, dans les cas d'inflammation, peut très bien ne pas se montrer, car il est très fréquent d'observer des inflammations péri-utérines qui se terminent par résolution.

Moi-même, jusqu'à présent, n'ayant pas d'éléments suffisants pour une description précise, j'avais été forcé de suivre l'exemple général, de placer les affections inflammatoires parmi les tumeurs du bassin, où elles jouent plutôt le rôle de causes des abcès que celui de maladies particulières. Mais depuis que mon attention s'est fixée sur les affections de l'utérus, j'ai vu un bon nombre de cas dans lesquels ces maladies extra-utérines ont pu être suivies depuis leur début jusqu'à la fin, et ont manifesté leur existence par des symptômes qui n'appartenaient pas à d'autres. Dès lors j'ai pensé qu'il fallait leur donner une place distincte dans le cadre nosologique, et c'est pourquoi je vais les décrire à part dans ce chapitre.

Ce qui m'a surtout été utile dans ces recherches, c'est l'usage méthodique du toucher vaginal et rectal combiné avec le palper hypogastrique, auquel on attache aujourd'hui une plus grande importance qu'on ne le faisait il y a quelques années, parce qu'on se préoccupait beaucoup trop de l'examen au spéculum, d'ailleurs si utile. Et c'est sans doute cette attention trop exclusive qu'on donnait aux signes fournis par le spéculum, qui a empêché de reconnaître d'une manière plus précise les affections distinctes dont il s'agit.

Je vais en donner la description en commençant par l'*hématocèle péri-utérine*, ou *tumeur sanguine de l'excavation pelvienne*.

ARTICLE Ier.

HÉMATOCÈLE PÉRI-UTÉRINE.

Des observations de tumeurs sanguines du bassin dues à des causes diverses étaient éparses dans la science. On en trouve une mentionnée par M. Laugier (1)

(1) *Dict. de méd.*, t. V, p. 68.

dans son article sur les *tumeurs diverses du bassin ;* elle est empruntée à la pratique de Récamier. M. H. Bourdon (1) en a rapporté une autre recueillie dans le service du même médecin. M. Velpeau (2) en a signalé une troisième. Ces faits étaient de nature à fixer l'attention ; mais il restait encore à tracer l'histoire de la maladie. C'est la tâche que s'est imposée M. Viguès (3) en réunissant aux faits qu'il a observés dans le service de M. Nélaton, ceux qui lui ont été fournis par M. Piogey (4) et par M. Juteau (de Chartres). Moi-même j'ai eu occasion d'en voir deux cas, l'un à l'hôpital de Toulouse, dans le service de M. Dieulafoy, l'autre à l'hôpital Beaujon, pendant que j'y étais attaché. On voit donc que nous possédons des documents importants sur l'histoire de cette maladie.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'hématocèle péri-utérine est une accumulation de sang formant tumeur dans l'excavation pelvienne, au-dessous du péritoine, entre l'utérus, le vagin et le rectum.

On a donné à cette maladie les noms d'*hématocèle rétro-utérine*, parce que le plus souvent la tumeur fait saillie derrière le col de l'utérus qu'elle repousse en avant ; *de tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne ; de collection sanguine du bassin.*

La *fréquence* de cette affection est beaucoup moins grande que celle des autres maladies des tissus péri-utérins ; on peut même dire d'une manière absolue qu'elle est peu considérable. Cependant on a vu, depuis que l'attention est fixée sur ce point, qu'elle est beaucoup plus grande qu'on ne le croyait avant ces dernières années.

§ II. — Causes.

Les recherches entreprises sur ce point de pathologie ne sont pas encore assez multipliées pour qu'on puisse exposer d'une manière précise l'étiologie de l'hématocèle péri-utérine. Voici ce que nous apprennent, à ce sujet, les faits que nous possédons :

1° Causes prédisposantes.

Il faut d'abord noter que l'*âge* des malades est toujours peu avancé. Dans tous les cas rassemblés par M. Viguès et dans ceux que j'ai observés, les femmes étaient jeunes.

Il en résulte qu'elles étaient toutes à une époque de la vie où les *règles* doivent se montrer régulièrement, et nous verrons aux causes occasionnelles qu'il survient des phénomènes qui donnent raison de ces faits.

La *constitution*, le *tempérament*, l'*état de santé antérieure* n'avaient rien présenté qui indiquât une débilitation quelconque naturelle ou acquise.

2° Causes occasionnelles.

Nous ne trouvons, dans les écrits que j'ai cités, aucun renseignement précis sur

(1) *Mém. sur les tum. fluct. du petit bassin* (*Revue méd.*, 1841).
(2) *Médecine opératoire*, t. IV.
(3) *Des tumeurs sanguines de l'excavation pelvienne chez la femme*, thèse. Paris, 1850.
(4) *Bull. de la Soc. anat.*, mars 1850.

les causes occasionnelles. Mais si nous examinons les observations, nous voyons que souvent la maladie *se produit à une époque menstruelle ; que la tumeur augmente aux époques suivantes ; qu'il en est de même des symptômes*, et ces faits nous portent à admettre que c'est au *raptus sanguin* qui se produit à ces époques qu'est due l'extravasation du sang dans le tissu sous-péritonéal.

Un autre fait qui vient à l'appui de cette manière de voir, c'est que, comme le fait remarquer M. Viguès, presque toutes les malades présentent des *troubles de la menstruation*, sans qu'on en trouve la cause dans l'état du sang. Mes observations s'accordent parfaitement avec les siennes ; car sur deux malades chez lesquelles la tumeur sanguine s'était produite spontanément, une avait une suppression des règles, bien qu'à chaque mois il se produisît des symptômes semblables à ceux de la dysménorrhée, et l'autre présentait ces symptômes au plus haut degré, avec un écoulement peu abondant.

Une autre cause occasionnelle, qui n'a pas été mentionnée, consiste dans les *violences extérieures*. C'est ainsi que dans le cas que j'ai vu à la clinique de M. Dieulafoy, la femme était tombée sur un échalas qui avait pénétré entre le rectum et le vagin.

On s'est demandé si la tumeur est due à la *rupture d'un vaisseau péri-utérin*, d'un *vaisseau ovarique*, d'une *vésicule de Graaf*, mais on n'a pu émettre que des hypothèses sur ce point, sur lequel je reviendrai quand je parlerai des *lésions anatomiques*.

§ III. — Symptômes.

Voici comment M. Viguès (1) décrit le début de cette affection, et sa description expose très bien ce qui se passe dans les divers cas :

« *Début*. Dans la plupart des observations que nous rapportons, on a observé, dit-il, chez les malades, des symptômes précurseurs ; au bout de quelques jours de malaise, qu'elles ne savent à quoi attribuer, après avoir eu jusqu'alors leurs règles avec assez de régularité, elles voient survenir des troubles dans la menstruation ; ou bien les règles se suppriment tout d'un coup, ou bien, au contraire, il survient une métrorrhagie plus ou moins abondante, qui, chez quelques unes, a duré plusieurs semaines ; chez d'autres, la quantité du sang qui s'écoule est moins grande et ne dépasse pas celle du flux menstruel normal, mais l'hémorrhagie revient tous les deux ou trois jours ; puis l'écoulement sanguin disparaît, et il survient alors des douleurs dans l'abdomen, et surtout dans le bas-ventre ; les malades éprouvent dans cette partie la sensation d'un poids considérable et d'un corps qui tendrait à sortir par le vagin ; les douleurs augmentent et deviennent quelquefois assez vives pour forcer les malades à s'aliter ; les moindres mouvements sont douloureux. »

Symptômes. La *douleur spontanée* persiste à un degré toujours assez considérable, pendant les époques menstruelles ; en dehors de ces époques, il n'existe souvent qu'une tension, une gêne plus ou moins grande dans l'abdomen. Cette douleur présente des exacerbations parfois très considérables à l'époque des règles. La *douleur provoquée* est également très grande dans les mêmes circonstances. Le *palper hypogastrique*, la *percussion*, le *toucher vaginal* et *rectal*, et

(1) *Loc. cit.*, p. 13.

l'*introduction du spéculum*, sont rendus par là très difficiles et quelquefois impossibles.

Si la douleur n'est pas trop vive pour qu'on puisse examiner convenablement par le *palper* la région hypogastrique, on peut sentir une *tumeur* qui dépasse parfois le détroit supérieur et se porte de préférence dans la fosse iliaque droite. « Cette tumeur, dit M. Viguès (1), est lisse, arrondie, sans bosselures, pouvant parfaitement se délimiter dans toute sa circonférence, excepté en bas, où elle s'enfonce dans l'excavation pelvienne ; elle présente, en général, peu de mobilité ; elle est comme enclavée dans le petit bassin, les parois abdominales glissent sur elle sans y adhérer, sa consistance est assez grande, on peut quelquefois sentir de la fluctuation en cherchant à percevoir ce signe à travers les parois abdominales. La percussion donne un son mat dans toute son étendue, et autour d'elle un son tympanique dû à la présence des intestins distendus par les gaz. »

Le *toucher vaginal* fait reconnaître à une hauteur plus ou moins grande de ce conduit, et quelquefois très près de son orifice, une tumeur, lisse, arrondie, rénitente, qui se trouve *entre l'utérus et le rectum*, et ordinairement plus à droite qu'à gauche.

Il en résulte que le *vagin est rétréci* et que parfois on a de la peine à y introduire le doigt.

En *combinant le toucher vaginal avec le palper hypogastrique*, on sent, lorsqu'on soulève la tumeur avec le doigt, le mouvement se transmettre à la main placée sur l'hypogastre.

En même temps on peut saisir une *fluctuation* plus ou moins évidente, et ce signe est bien mieux obtenu, lorsque, au lieu de l'index seul, on introduit à la fois dans le vagin l'index et le médius.

Il est une autre manière de saisir la tumeur qui ne doit pas être négligée. Si l'on introduit, en effet, un doigt *dans le rectum*, et un doigt dans le vagin, on sent entre les deux la tumeur rénitente et lisse qui les sépare. Le *toucher rectal* seul permet de porter le doigt plus haut, le long de la tumeur, et de s'assurer qu'elle remonte vers le détroit supérieur, en repoussant plus ou moins fortement la paroi antérieure du rectum.

Le *toucher vaginal* sert encore à reconnaître la *position de l'utérus*. Celui-ci est repoussé en avant et en haut, et son col, parfois difficile à atteindre, est collé contre la partie supérieure du pubis.

En combinant le toucher avec le palper hypogastrique, on sent que les mouvements, imprimés au col par le doigt introduit dans le vagin, se propagent à une partie distincte de la tumeur qui est le corps, et que les mouvements n'affectent nullement la tumeur elle-même. Et parfois à la partie antérieure de la grosse tumeur, on en sent une plus petite qui s'en sépare par un sillon, et qui est le corps de l'utérus.

Le *spéculum* peut être quelquefois introduit au moment où la douleur est peu considérable. C'est ce que j'ai vu dans le cas que j'ai observé à Beaujon et dont j'ai confié le traitement à mon collègue M. Huguier. Le col étant situé très haut, et fortement repoussé en avant et à gauche, il fallut introduire profondément l'instru-

(1) *Loc. cit.*, p. 13.

ment dans cette direction, et là nous aperçûmes le col qui paraissait effacé et plat, bien que la femme n'eût jamais eu d'enfant.

La *percussion*, qu'il faut toujours pratiquer avec beaucoup de ménagement, fait, comme je l'ai déjà indiqué, dans les cas où la tumeur a pris un certain accroissement en haut, reconnaître dans l'hypogastre, et principalement dans la fosse iliaque gauche, une matité à convexité supérieure, et autour d'elle le son clair des intestins distendus par les gaz.

Il est bon, pour rendre bien distincts les signes que je viens de mentionner, de vider préalablement le rectum par un lavement, et la vessie à l'aide de la sonde.

La compression exercée par la tumeur sur les organes voisins détermine des symptômes importants. Du côté du rectum c'est une *constipation* opiniâtre, et du côté de la vessie, tantôt la *rétention d'urine*, tantôt une *miction fréquente, difficile et douloureuse*.

Les malades, pendant les exacerbations, se tiennent dans le *décubitus dorsal*, *les membres inférieurs fléchis sur le bassin*.

Du côté des *voies digestives* on observe l'*anorexie*, des *nausées*, des *vomissements bilieux*; un *soif* vive et la *constipation* déjà signalée. Le *ventre* est rendu volumineux non seulement par la tumeur, mais encore par l'accumulation des gaz.

Du côté de l'utérus, on observe les troubles de la menstruation déjà signalés à l'occasion du début : suppression des règles, ou, ce qui est plus ordinaire, métrorrhagies s'arrêtant brusquement au moment où apparaissent les autres symptômes.

Le *pouls* est fréquent, et généralement peu développé. Il survient au bout de quelques jours une *faiblesse* considérable et de l'*amaigrissement*. La *face* est pâle, anxieuse; les traits sont altérés. Il se manifeste des signes d'*anémie*; et les chairs sont molles et flasques.

Tel est l'ensemble des symptômes fort bien exposé par M. Vignès qui a étudié les principaux faits et à qui j'ai dû, par conséquent, emprunter les principaux détails de cette description.

§ IV. — **Marche, durée, terminaison de la maladie.**

La *marche* de la maladie offre surtout à remarquer ces exacerbations, ces recrudescences qui surviennent à l'époque des règles. Dans certains cas, ainsi que nous l'avons vu, la marche est très rapide; dans d'autres ce n'est qu'après un temps assez long que la tumeur a pris un assez grand développement. Nous verrons, quand j'aurai exposé le traitement, quelles modifications il apporte dans la marche de la maladie.

La *durée* de la maladie ne peut être précisée. S'il ne survient ni évacuation par un conduit naturel, ni rupture dans une cavité close, le traitement seul peut y mettre un terme. Du moins, c'est ce qui résulte des faits observés jusqu'à présent.

La *terminaison* de la maladie est très variable, parce qu'il peut survenir également des accidents très variables. Ainsi la collection sanguine peut *s'ouvrir dans le vagin*, *l'utérus*, *le rectum* et la malade guérir, bien que la mort puisse survenir également dans de pareilles circonstances. Il peut se produire une inflammation environnante. La tumeur peut *se rompre dans le péritoine*, et de là une péritonite mortelle. Enfin, *l'ouverture de la tumeur par les moyens chirurgicaux* peut guérir la malade, mais elle peut aussi causer la mort, en donnant lieu à certains accidents dont je parlerai plus loin.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les autopsies pratiquées pour des cas de ce genre étant peu nombreuses, nous n'avons que des renseignements incomplets. On a trouvé sur les côtés de l'utérus et derrière cet organe, une poche plus ou moins volumineuse, remplie de caillots sanguins, ou d'une substance demi-liquide semblable à du chocolat, tapissée de couches fibrineuses, souvent adhérente aux parties voisines, et parfois communiquant avec le vagin, l'utérus ou le rectum, soit qu'il se fût fait une rupture spontanée, soit qu'une incision eût été pratiquée pendant la vie. Cette tumeur peut être en grande partie contenue dans le ligament large. Dans un cas cité par M. Viguès, il y avait deux tumeurs superposées. Les organes voisins sont refoulés et comprimés comme nous l'avons indiqué chez les sujets vivants. Dans un cas, les fibres de l'utérus *paraissaient* se continuer sur la tumeur.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le nombre des maladies qui ont quelques points de ressemblance avec l'hématocèle péri-utérine est assez considérable. On a d'abord cité la *grossesse* vers le troisième ou le quatrième mois. Mais il suffit de remarquer qu'en pareil cas, il n'y a pas de tumeur distincte du col de l'utérus, pour que ce diagnostic ne nous arrête pas.

Il n'en est pas de même de la *grossesse extra-utérine* que l'on a désignée sous le nom de sous-péritonéo-pelvienne. Le diagnostic, en pareil cas, est difficile, parce qu'il existe une tumeur pareille à celle que j'ai décrite plus haut, et que cette tumeur donne ordinairement lieu à des symptômes semblables. Voici les principaux signes qu'il faudra noter : 1° la fluctuation plus marquée dans la tumeur sanguine ; 2° la facilité de reconnaître dans quelques cas, les diverses parties du fœtus, et de produire le ballottement ; 3° et surtout la rapidité avec laquelle s'est formée la tumeur sanguine. Malgré ces signes distinctifs, le diagnostic différentiel, il faut le répéter, présente de grandes difficultés, et laisse de grandes chances à l'erreur.

La *rétroflexion* pourrait-elle être prise pour une de ces tumeurs sanguines ? Les moyens de diagnostic que j'ai indiqués dans l'article consacré aux *déviations utérines* permettent de répondre aujourd'hui par la négative. Il suffit, en effet, d'introduire la sonde utérine pour relever l'utérus rétrofléchi et faire cesser toutes les difficultés.

Quant aux *kystes de l'ovaire* qui viennent se placer derrière l'utérus, ils peuvent en imposer au premier abord. Mais ces kystes ne se développent pas du côté du vagin de manière à en rétrécir le calibre ; l'exploration est très médiocrement douloureuse, et la marche lente de la maladie, en pareil cas, diffère complétement de celle de l'hématocèle péri-utérine.

Le diagnostic de cette affection et du *phlegmon péri-utérin* est bien plus difficile. Cependant on peut y parvenir en étudiant avec soin les deux maladies. 1° Le phlegmon péri-utérin est rarement aussi étendu que l'hématocèle ; la tumeur qu'il forme derrière l'utérus est moins étendue, sa consistance est moins élastique ; sa surface est moins lisse ; elle ne rétrécit pas le vagin, n'efface pas son cul-de-sac postérieur, ne repousse pas l'utérus *au même degré*, du moins dans la grande ma-

jorité des cas, *que la tumeur sanguine.* Si elle occupe le ligament large, c'est ordinairement après les couches qu'elle se produit. Enfin la fièvre est plus intense. On voit toutefois que ce diagnostic peut, dans quelques cas, être incertain.

Quant à l'*hydrométrie*, aux *tumeurs* de diverse nature développées dans les parois de l'utérus, à l'*ascite*, à l'*anévrysme de l'artère iliaque interne*, les signes qu'ils fournissent diffèrent trop de ceux de la maladie qui nous occupe pour que je doive m'y arrêter. Le lecteur pourra, s'il le désire, voir les détails de tous ces diagnostics différentiels dans la thèse de M. Viguès que j'ai dû si souvent citer.

Pronostic. L'histoire de la maladie, les circonstances qui peuvent rendre la terminaison fatale, même après l'ouverture de la tumeur, ont fait déjà pressentir que le pronostic a toujours un certain degré de gravité. Si la tumeur est très volumineuse, si elle a déterminé une inflammation environnante, si après son ouverture l'écoulement devient sanieux et fétide, et si les symptômes généraux, au lieu de s'amender rapidement, reprennent une nouvelle intensité, cette gravité du pronostic devient très considérable. Cependant il résulte des observations rassemblées par M. Viguès, que, dans les cas où l'on pratique l'incision par le vagin, la guérison a ordinairement lieu.

§ VII. — Traitement.

S'il survient de l'inflammation autour de la tumeur, si les symptômes généraux sont considérables, on peut employer les moyens *antiphlogistiques* et les *narcotiques ;* mais ces moyens sont palliatifs, et l'expérience prouve qu'il faut en venir à l'opération.

On a quelquefois pratiqué l'*incision à travers les parois abdominales ;* mais ce procédé, outre qu'il expose à léser le péritoine, malgré la précaution qu'on a prise d'en faire adhérer les feuillets à l'aide des caustiques appliqués sur la paroi abdominale, a le grave inconvénient de ne pas permettre au liquide contenu dans la poche sanguine de s'écouler librement.

L'*ouverture de cette poche par le vagin* est aujourd'hui généralement adoptée. Les uns se contentent pour la pratiquer de faire une *incision avec un bistouri ordinaire ;* d'autres, avec Récamier, emploient un *bistouri convexe à lame cachée*, qu'ils introduisent sur la pulpe du doigt, et qu'ils démasquent quand ils sont arrivés sur la tumeur. Mais le procédé de M. Nélaton me paraît plus sûr ; le voici tel qu'il est décrit par M. Viguès (1) :

PROCÉDÉ DE M. NÉLATON.

« La malade est couchée sur un lit assez élevé, dans le décubitus dorsal, les jambes et les cuisses fléchies et maintenues par des aides ; elle est placée dans la position que l'on donne aux malades chez qui l'on pratique l'opération de la taille. On introduit dans le vagin un spéculum qui permet de découvrir la tumeur vers le fond de cet organe à sa paroi postérieure ; quelquefois, lorsqu'elle est volumineuse, elle n'est distante de l'orifice vulvaire que de quelques centimètres. Les rides transversales de la muqueuse sont effacées. Après avoir avec le doigt cherché le point où l'on sent le plus manifestement la fluctuation, on enfonce sur ce point un

(1) *Loc. cit.*, p. 56.

long trois-quarts dont la canule doit être assez large pour permettre au liquide de s'écouler; il faut avoir soin de ne pas trop enfoncer l'instrument dans la poche, de peur de la transpercer d'outre en outre et d'aller blesser un organe voisin. Lorsqu'on a retiré la pointe du trois-quarts, il s'écoule par la canule une plus ou moins grande quantité de sang liquide, noir, visqueux, semblable à de la mélasse. La tumeur se vide en partie, mais l'ouverture n'est pas assez large, et le liquide est trop épais souvent pour s'écouler en totalité de cette manière; il faut alors agrandir l'ouverture. Pour cela on retire la canule, puis on introduit, par l'ouverture faite par le trois-quarts, un lithotome à une lame, disposé préalablement de manière à faire une incision suffisante; ce qu'on obtient par le degré d'ouverture que l'on permet, au moyen d'une vis, à la lame du lithotome. L'incision doit avoir le plus souvent 3 centimètres d'étendue; on la pratique dans le sens de l'axe du vagin, afin de ne pas blesser les artères utérines; il faudra avoir eu soin de s'assurer aussi qu'il n'existe pas d'artères dans le point de la paroi sur lequel doit porter l'incision. Cette incision ne doit être ni trop considérable ni trop profonde; sans cela on aura à craindre la blessure du rectum. Aussi le lithotome sera-t-il préférable au bistouri; avec lui on pourra donner à l'incision la largeur que l'on jugera convenable et ne pas la dépasser, puisque, avant d'introduire l'instrument, le degré d'écartement qu'on donnera à la lame correspondra à la largeur de l'incision. Avec le bistouri, au contraire, on n'aura pas cette précision; un mouvement brusque de la malade pourra faire prolonger l'incision, et aller blesser un organe voisin, le rectum, par exemple.

» Par l'incision que l'on vient de pratiquer le reste du sang liquide qui existait dans la tumeur s'écoule; le doigt introduit dans la poche constate l'épaisseur de ses parois, et l'existence dans la cavité de caillots qui sont adhérents à ces parois, il peut alors les détacher et même les broyer, puis à l'aide d'injections fortement poussées on les fait sortir de la cavité de la tumeur. M. Récamier recommande de faire, pendant que le liquide sort de la tumeur, une légère compression sur l'abdomen afin de faciliter l'écoulement de ce liquide par le vagin, puis de la continuer ensuite lorsque l'opération est terminée, en appliquant sur l'abdomen des compresses maintenues par un bandage de corps, afin de diminuer, dit-il, les chances de l'introduction de l'air dans le foyer, ce qui, comme nous l'avons vu, expose à des accidents graves, tels que la viciation du liquide, l'inflammation des parois de la tumeur, et enfin la résorption putride. Pour éviter encore l'introduction de l'air il recommande de maintenir la poche remplie d'eau; pour cela il pousse la fin de l'injection avec peu de force et maintient le siége de la malade dans une position élevée. Il faudra faire avec soin, dans le foyer, des injections tièdes, émollientes, qu'on répétera plusieurs fois par jour, afin de vider et de débarrasser la cavité de la tumeur du liquide et des caillots qui tendent à s'altérer si vite au contact de l'air.

» La quantité de sang liquide que l'on retire par le vagin varie suivant le volume de la tumeur et le temps depuis lequel elle est formée. Quelquefois on ne retire que quelques cuillerées de liquide, le reste de la tumeur étant formé par des caillots; d'autres fois, au contraire, comme on a pu le voir dans les observations qui précèdent, 500 et même jusqu'à 1,000 grammes de sang liquide se sont écoulés après l'incision. Le sang que l'on a retiré de ces tumeurs était dans tous les cas

le même; il était noir, d'une viscosité assez considérable, se coagulant difficilement au contact de l'air et pouvant être très bien comparé à de la mélasse.

» Quelquefois lorsque la poche est considérable, que les caillots sont très adhérents ou situés trop haut, le doigt ne réussit pas à les atteindre et à les détacher. On pourra alors faire usage d'une curette plus ou moins grosse, et, à l'aide de cet instrument, détacher des parois de la tumeur les caillots, que l'on fera sortir ensuite du kyste par des injections. Après avoir incisé et vidé la poche sanguine, il faudra toujours avoir soin d'introduire l'index dans la cavité, afin de voir quelle est son étendue, l'épaisseur de ses parois, et de s'assurer qu'il n'existe pas à sa surface une autre tumeur, comme cela est arrivé dans la première de nos observations, et comme on devra le supposer lorsque, après l'opération, le volume du ventre sera resté le même et que les symptômes généraux n'auront pas diminué d'intensité. Dans ce cas, il faudra s'assurer si la tumeur que l'on sent est bien une nouvelle tumeur sanguine, et qu'elle n'est pas formée, par exemple, par l'accumulation dans l'intestin de matières fécales, par suite de la constipation qui existe depuis longtemps. Lorsqu'on sera certain du diagnostic, il faudra agir, pour ce nouvel épanchement sanguin, comme on l'a fait pour le premier; seulement il faudra agir avec plus de prudence, à cause de la profondeur plus grande de la tumeur et du danger, par conséquent, de blesser les organes voisins. Si les symptômes généraux conservaient leur intensité, par suite de la présence de cette nouvelle tumeur, il ne faudrait pas trop tarder d'en faire l'ouverture, sans quoi cette tumeur pourrait ulcérer l'intestin et donner par cette voie une issue au liquide qu'elle contient, ce qui pourrait amener quelquefois d'autres accidents, par suite du passage dans la poche des matières fécales. »

J'emprunterai également à M. Viguès l'exposé des divers moyens qui viennent compléter le traitement lorsque l'incision a été pratiquée :

« Lorsque, dit-il, quelques jours après l'opération, le liquide qui s'écoule de la tumeur aura, comme nous l'avons vu, changé de nature, qu'il sera devenu purulent, fétide, il faudra remplacer les injections émollientes par des *injections* faites *avec un liquide désinfectant*, de l'*eau chlorurée* par exemple, afin de déterger ce foyer purulent. On aura soin de soutenir en même temps les forces des malades par des *préparations toniques*, le *vin de quinquina*, etc. C'est dans ce cas aussi qu'il faudra explorer avec soin les parois de la tumeur avec une curette, afin d'en *détacher les caillots adhérents* profondément placés et qui commenceraient à se putréfier.

» Outre ces moyens locaux, que l'on emploiera après l'opération, il faudra en même temps combattre les symptômes généraux qui pourraient persister après l'ouverture de la tumeur. S'il existait encore des symptômes de péritonite, on devra user modérément des *émissions sanguines* à cause de la faiblesse extrême que présentent la plupart des malades. Il serait préférable, dans ces cas, d'employer les *onctions mercurielles* sur le ventre, et l'administration du *calomel à l'intérieur*. On entretiendra, par de légers *purgatifs* ou des lavements, la liberté du ventre. Les fonctions de l'extrémité inférieure de l'intestin ne tardent pas, du reste, à se rétablir après l'évacuation de la tumeur. Des *potions opiacées*, des *cataplasmes laudanisés* sur l'abdomen seront employés tant que persisteront les douleurs. Les vomissements seront combattus par la *glace*, l'*eau de Seltz*, puis, lorsque

la fièvre aura disparu, il faudra relever les forces des malades par une *nourriture tonique* qu'on augmentera graduellement afin de réparer les pertes considérables qu'elles auront pu faire.

ARTICLE II.

INFLAMMATION DU TISSU CELLULAIRE PÉRI-UTÉRIN.

L'affection dont je vais tracer l'histoire est connue d'une manière très imparfaite, et cependant elle n'est pas rare, car dans l'espace d'un an et demi, j'ai observé : 1° 19 cas bien évidents d'inflammation rétro-utérine ; mais sur ces 19 cas, 11 seulement ont été recueillis avec tous les détails nécessaires, et c'est d'après eux que je vais tracer la description de la maladie ; 2° 3 cas d'inflammation antéutérine ; 3° 1 cas, dans lequel l'inflammation avait son siége sur un côté du col : 4° 2 cas, dans lesquels il existait à la fois une inflammation antérieure et postérieure : en tout, 25 cas. Les derniers cas ayant été convenablement observés, nous en avons donc 17 qui peuvent nous servir à traiter les questions générales.

Je ne prétends pas néanmoins qu'on ne trouve point dans les divers auteurs qui se sont occupés des maladies utérines, des faits qui se rapportent à cette affection. Il en existe, au contraire, un très grand nombre ; mais il suffit de jeter un coup d'œil sur les ouvrages les plus récents, pour s'assurer que la description de cette inflammation a été présentée confusément avec celle des abcès des ligaments larges et de la fosse iliaque, et que c'est principalement les cas où la suppuration s'est établie qu'on a eu en vue. Ainsi, M. Satis (1), qui nous a donné une bonne thèse sur les inflammations du pourtour de l'utérus, ne distingue pas l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin des affections de la même nature qui ont leur siége dans les ligaments larges et les ovaires, et voici comment s'exprime M. Bennet (2) à ce sujet : « *Inflammation et abcès des annexes de l'utérus hors de l'état puerpéral.* Dans la plupart des cas, dit cet auteur, elle reste bornée au tissu cellulaire des ligaments larges et aux organes qu'ils contiennent ; elle ne s'étend ni au tissu cellulaire du bassin, ni au péritoine; elle peut ainsi rester des mois, des années, et si, ce qui est rare, il survient une péritonite, elle offre une grande tendance à se localiser ; dans l'état puerpéral, au contraire, la péritonite s'étend avec une grande rapidité. »

La description qui va suivre démontrera, au contraire, que, hors de l'état puerpéral, il existe une inflammation qui a son siége dans le tissu cellulaire qui environne la partie supérieure du col de l'utérus ; que cette inflammation a des symptômes qui la caractérisent ; qu'elle se termine ordinairement par résolution, et que, par conséquent, lorsqu'on ne l'a étudiée qu'à l'état d'abcès, on n'a fait connaître qu'un des modes de terminaison de cette affection.

D'après ces considérations, il serait inutile de donner un historique des travaux qui font plus ou moins évidemment mention de l'inflammation péri-utérine.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'inflammation péri-utérine est celle qui occupe, ainsi que je viens de le dire,

(1) *Des inflamm. des annexes de l'utérus et des ligaments larges*, thèse. Paris, 1847.
(2) *Loc. cit.*

le pourtour du point de réunion du col et du corps de l'utérus, et qui ne s'étend qu'accidentellement aux ligaments larges.

On en a décrit quelques cas d'une manière confuse sous les noms d'*inflammation des annexes de l'utérus ; tumeurs fluctuantes du petit bassin ; abcès du petit bassin.* Les Anglais lui donnent le nom de *pelvi-cellulitis.*

Le nombre de faits que j'ai cités plus haut prouve que cette affection est assez fréquente, ce dont on se convaincra, quand, avec une connaissance exacte de ses symptômes, on pratiquera l'exploration des organes génitaux de la manière qui sera exposée plus loin.

Les deux principales *espèces* d'inflammation péri-utérine sont : 1° le phlegmon rétro-utérin, qui a son siége dans le tissu cellulaire situé entre le cul-de-sac postérieur du vagin, l'excavation péritonéale recto-utérine, l'utérus et le rectum; 2° le *phlegmon anté-utérin*, dont le siége est dans le tissu cellulaire situé entre le cul-de-sac antérieur du vagin, l'excavation péritonéale vésico-utérine, l'utérus et la vessie. Dans un seul cas, j'ai trouvé une tumeur inflammatoire sur un des côtés de l'utérus, sans que la partie antérieure ou la partie postérieure y participât.

§ II. — Causes.

Il n'est pas encore possible d'indiquer avec précision toutes les causes de l'inflammation péri-utérine. A mesure que les faits se présenteront à l'observation, les lacunes seront comblées. Voici ce que nous apprennent les faits que j'ai observés.

1° Causes prédisposantes.

L'*âge* des malades a varié de dix-sept à quarante-deux ans. Aucune n'avait encore passé la grande période menstruelle, et ce fait mérite d'être remarqué, parce qu'il prouve que c'est à l'époque où l'utérus jouit de toute sa vitalité que se produisent ces inflammations qui ont pour siége le pourtour de cet organe.

Je n'ai rien vu dans la *constitution* ni dans le *tempérament* qui mérite d'être mentionné.

Sur les 17 cas qui ont été recueillis avec soin, 11 étaient relatifs à des femmes qui avaient de la *dysménorrhée*, et cette dysménorrhée était due à une *congestion sanguine.*

Dans 3 cas sur 25, les malades avaient une *déviation utérine* qui avait été traitée par le *redresseur utérin.* Je ne place pas cette cause parmi les causes occasionnelles, parce que ce n'est pas immédiatement à la suite de l'application du redresseur que l'inflammation s'était produite; mais plusieurs jours après et lors de l'apparition des règles, les malades n'ayant rien éprouvé dans l'intervalle. Or, voici comment on peut expliquer la production de l'inflammation. D'une part, nous savons que la première apparition des règles après l'emploi du redresseur est marquée par une plus grande abondance du flux menstruel ; le raptus sanguin est donc plus considérable. D'autre part, nous allons voir que c'est particulièrement pendant l'époque menstruelle que se produit l'inflammation dont il s'agit, parce que, sans aucun doute, les tissus qui environnent l'utérus sont alors le siége d'une hyperémie qui, lorsqu'elle est trop violente, peut dégénérer en inflammation. Ce rapprochement

suffit pour nous faire comprendre comment le redressement de l'utérus, en favorisant ce raptus, favorise également la production de l'inflammation. Il ne faudrait donc pas croire que c'est en exerçant une violence directe sur l'utérus et le tissu qui l'entoure que l'instrument a donné lieu à cet accident. Il pourra en être ainsi dans quelques cas, si l'on agit sans précaution, surtout chez des malades dont les organes génitaux sont déjà enflammés; mais ce n'est pas de cette manière que les choses se sont passées dans les cas que je cite.

Enfin, j'ai vu deux cas dans lesquels les tissus péri-utérins étant douloureux et gonflés, présentant en un mot des signes d'*inflammation subaiguë*, les malades ont eu à plusieurs reprises, à l'époque menstruelle, une inflammation aiguë du tissu rétro-utérin, à laquelle les prédisposait évidemment l'inflammation préexistante.

2° Causes occasionnelles.

Dans un seul cas, sur les dix-sept complétement observés, l'affection est survenue peu de temps après l'*accouchement*. Peut-être trouvera-t-on plus tard cette cause un peu plus fréquente. Il n'en est pas moins remarquable que l'inflammation qui après l'accouchement occupe si fréquemment les ligaments larges, se soit montrée si rarement, dans les mêmes circonstances, chez les malades que j'ai observées. Il ne faut pas confondre avec ces cas ceux où l'inflammation ayant existé primitivement dans la fosse iliaque a ensuite gagné le tissu cellulaire qui entoure le col, parce que, dans ces derniers, il n'y a qu'une simple extension de l'inflammation primitive.

L'*inflammation de l'utérus et du vagin* peut néanmoins *s'étendre* au tissu péri-utérin et produire l'affection dont nous nous occupons. C'est ce que j'ai vu en particulier chez une jeune fille de dix-sept ans et demi qui avait contracté une vaginite. L'inflammation gagna l'utérus, puis le tissu péri-utérin, extension qui fut signalée par les douleurs les plus vives, et il se produisit une tumeur qui suppura.

Dans un cas, ce fut après des *excès de coït* que se produisit l'inflammation péri-utérine.

Enfin, chez toutes les autres malades, il n'y eut *aucune cause occasionnelle* appréciable. Pendant l'époque menstruelle, des douleurs beaucoup plus vives qu'à l'ordinaire se manifestant, la fièvre s'alluma, et la maladie se déclara.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de cette affection sont très caractéristiques, et permettent de porter rigoureusement le diagnostic. Ils diffèrent en quelques points suivant le siége de la maladie, et par conséquent nous devons, pour la description, distinguer *trois espèces principales*. La première est le *phlegmon rétro-utérin ;* la seconde le *phlegmon anté-utérin*, et la troisième, *la réunion de ces deux espèces*. En décrivant la première espèce, je ferai connaître les symptômes qui sont communs à toutes les trois ; il me suffira ensuite d'indiquer ce qui appartient en propre aux deux autres.

1° *Phlegmon rétro-utérin*. — *Début*. Avant d'éprouver les symptômes caractéristiques de la maladie, tous les sujets avaient pendant quelques heures, et rarement un ou deux jours, du malaise, une sensation de pesanteur et de chaleur vers le

rectum. Six sur onze ont eu un frisson marqué; les autres n'ont eu que des frissonnements passagers. Chez toutes il y avait de l'inappétence et de la constipation.

Symptômes de la maladie confirmée. Le symptôme qui frappe au premier abord est la *douleur.* Ce symptôme est constant. La *douleur spontanée* est toujours considérable, quelquefois excessive. Elle se manifeste par exacerbations violentes, qui sont souvent telles que les malades ne peuvent garder aucune position, qu'elles se roulent sur leur lit, font des contorsions, pleurent et poussent des cris. Cette douleur est diversement caractérisée par elles : les unes se plaignent d'une sensation de brûlure, les autres de battements douloureux, la plupart d'élancements violents, etc. La *douleur provoquée* n'est pas moins constante : elle est produite par la pression sur l'hypogastre, par la percussion, par le toucher vaginal, et surtout par le passage des matières fécales dans l'intestin. En allant à la garderobe, les malades éprouvent une douleur des plus vives, vers le sacrum et l'anus, et la défécation est ordinairement le signal d'une de ces exacerbations violentes précédemment décrites.

Il faut mentionner tout particulièrement un symptôme qui est constant et très remarquable. Ce sont des *douleurs expulsives* qui ont lieu dans le rectum. Les malades éprouvent dans l'intestin la sensation d'un corps étranger qui provoque des contractions souvent sans résultat et qui est due à deux causes différentes : 1° à la pression de la tumeur inflammatoire sur la paroi antérieure du rectum; 2° à la propagation de l'inflammation aux tuniques de l'intestin, rendue évidente par l'expulsion d'une plus ou moins grande quantité de mucus dont je parlerai plus loin. Ces douleurs expulsives déjà signalées dans l'*hématocèle rétro-utérine*, sont plus marquées dans l'affection qui nous occupe et ont quelque chose de caractéristique.

Le *toucher vaginal* fait reconnaître derrière le col de l'utérus une *tumeur* qui en est séparée ordinairement par un sillon profond. Lorsque cette tumeur est très considérable elle peut effacer presque complétement le cul-de-sac vaginal postérieur, comme j'en vois un exemple dans un cas que j'ai observé récemment et qui s'est terminé par suppuration.

Le volume de cette tumeur ne dépasse pas ordinairement celui de la moitié la plus évidée d'un œuf de poule qui serait un peu aplati d'avant en arrière. En pareil cas, l'angle situé entre elle et le col a presque toute la profondeur du cul-de-sac vaginal postérieur. On sent à sa surface les plis transversaux du vagin. Sa consistance est un peu molle, sans fluctuation. Elle est immobile. Le contact du doigt dans ce point est extrêmement douloureux. Nous verrons à l'article du *diagnostic* que cette disposition simule si bien la rétroflexion qu'on s'y est mépris plusieurs fois, faute d'une exploration suffisante.

Le *toucher rectal* est très douloureux. On peut se dispenser de le pratiquer dans la plupart des cas. Il fait sentir une tumeur aplatie d'avant en arrière et dont on ne peut pas atteindre la partie supérieure.

Quand la tumeur est plus volumineuse, sa surface est plus lisse, sans cependant le devenir autant que dans l'hématocèle rétro-utérine. En combinant le toucher vaginal et le toucher rectal, on saisit entre les deux doigts sa partie inférieure et on peut juger de l'épaississement de la cloison recto-vaginale dans laquelle elle s'est

développée. Parfois, à une certaine époque de la maladie, on y sent une fluctuation manifeste.

En même temps, le toucher fait reconnaître dans quelques cas la chaleur, la douleur, des battements artériels du col de l'utérus, en un mot des signes d'inflammation de cette partie. Si on le combine avec le *palper hypogastrique*, on s'assure que le reste du tissu péri-utérin et les ligaments larges, sont souples et exempts d'inflammation.

L'*examen au spéculum* est extrêmement douloureux et le plus souvent inutile. Il peut faire reconnaître les signes visibles de l'inflammation du vagin et du col, que d'autres symptômes ont déjà suffisamment révélés.

Le plus souvent les symptômes du côté des voies digestives se bornent à de l'*inappétence*, du *dégoût* pour les aliments, parfois quelques nausées, une *soif* médiocre, et la *constipation* opiniâtre, avec *douleurs expulsives* dont j'ai déjà parlé; ou, au contraire, lorsque l'inflammation qui a gagné le rectum est considérable, un *dévoiement* assez fort, avec des *épreintes* et des *excrétions* muqueuses semblables à celles de la dyssenterie.

Dans deux cas, des *vomissements bilieux*, des *nausées continuelles*, un peu de *salivation* se sont joints aux symptômes précédents. L'inflammation s'était alors évidemment propagée au péritoine environnant, ce qui était encore démontré par des *douleurs beaucoup plus vives qu'à l'ordinaire* siégeant à l'hypogastre et s'irradiant dans les flancs.

Du côté des *voies urinaires* on n'observe rien de remarquable, tant que l'inflammation ne s'est pas propagée au tissu cellulaire anté-utérin.

Le *pouls* est modérément accéléré dans la plupart des cas; dans les deux cas où l'inflammation avait gagné le péritoine voisin, il est monté à 108 et 114, et est devenu faible et petit; dans les autres il n'a pas dépassé 90 et a conservé son volume ordinaire.

La *face* est toujours anxieuse, elle exprime la souffrance à un très haut degré au moment des exacerbations. Dans les cas où le péritoine voisin a été envahi, elle était pâle, amaigrie, avec une expression des plus douloureuses.

Le *décubitus* est en général dorsal, la tête assez élevée pour que le tronc soit un peu porté en avant. Dans les exacerbations, les malades se tiennent en général le corps penché en avant, et souvent elles changent de position dans l'espoir de se soulager, ou même se livrent à des contorsions.

Je n'ai jamais observé de symptômes cérébraux.

Tels sont les symptômes de cette affection. Dans les cas où la *suppuration* s'établit, ils changent de nature, puis s'amendent rapidement et disparaissent même en quelques instants si l'abcès s'ouvre et trouve une voie facile au dehors. Mais je reviendrai sur ce point en parlant de la terminaison de la maladie.

2° *Phlegmon anté-utérin.* — Je n'ai observé, comme je l'ai dit plus haut, cette inflammation isolée que dans trois cas. Les symptômes particuliers à cette espèce ont été les suivants : Les malades éprouvaient une *douleur* hypogastrique vive, avec exacerbations. Le toucher vaginal faisait reconnaître le cul-de-sac postérieur parfaitement libre et souple. Dans le cul-de-sac antérieur, au contraire, on sentait, non pas une tumeur circonscrite et arrondie comme dans l'espèce précédente, mais une *tension* marquée, une résistance insolite résultant de l'inflamma-

tion. La disposition serrée du tissu qui unit la paroi vaginale à la vessie et une portion de celle-ci au col, explique cette différence. On ne sent pas latéralement d'une manière distincte les limites de cette résistance. La *pression* exercée avec l'extrémité du doigt sur la partie résistante occasionne la plus vive douleur; il en est de même lorsque, en voulant repousser le col de l'utérus en arrière, on exerce des *tiraillements* sur ce point.

Un autre symptôme constant et remarquable est la *douleur des contractions utérines* pendant la miction. Les malades s'en plaignent vivement. En même temps il survient des *envies fréquentes d'uriner* qui les fatiguent beaucoup, envies auxquelles elles cherchent à résister, mais que l'irritation de la vessie les force bientôt à satisfaire.

Tous les symptômes décrits dans la précédente espèce, sauf ceux qui ont leur siége dans le rectum, appartiennent également à celle-ci. Seulement, j'ai remarqué que les symptômes péritonéaux se manifestent plus facilement, sans doute parce que le développement de l'inflammation est plus facile vers la partie supérieure où le tissu est plus lâche.

3° *Inflammation anté et rétro-utérine réunies.* — Cette espèce ne demande pas une description particulière, puisqu'en réunissant les symptômes propres à chacune des deux précédentes aux symptômes qui leur sont communs, on a le tableau de la maladie. Il suffit donc de la mentionner. Comme je l'ai dit plus haut, je l'ai observée dans deux cas, et dans ces deux cas c'est à la partie postérieure du col que s'est manifestée l'inflammation qui ne s'est montrée à la partie antérieure que deux ou trois jours après. Il a donc été facile de suivre la succession des symptômes propres aux deux premières espèces.

Quant au cas où l'*inflammation siégeait sur le côté de l'utérus*, comme la tumeur se portait un peu en arrière vers le rectum, ce sont les symptômes de la première espèce qui prédominaient.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie doit être étudiée avec le plus grand soin, car elle fournit matière aux considérations les plus importantes. Elle présente, comme je l'ai déjà dit plusieurs fois, des exacerbations presque toujours d'une très grande violence. Cela a lieu alors même que l'inflammation reste fixée à la partie postérieure de l'utérus et ne peut s'expliquer en pareil cas que par l'envahissement successif de plusieurs points très rapprochés du tissu péri-utérin. Lorsque l'inflammation envahit des points plus éloignés, comme les parties latérales et la partie antérieure, ces envahissements ont lieu également à des intervalles plus ou moins éloignés et expliquent les exacerbations.

Toujours est-il que ces intervalles de douleur violente et de calme relatif donnent à l'affection une physionomie particulière, et que le médecin doit bien connaître pour n'être pas induit en erreur. Les premiers symptômes ont une grande violence; on les voit, sous l'influence du traitement, s'amender rapidement, disparaître même tout à fait, et l'on peut croire que, comme les inflammations ordinaires, la maladie va cesser graduellement. Il n'en est rien. Au bout de huit, dix et même vingt-quatre heures, les symptômes se reproduisent avec la plus grande violence,

et ainsi de suite pendant quatre, six, huit jours et quelquefois plus. C'est, comme on le voit, une *intermittence irrégulière* bien prononcée. Dans quelques cas j'ai vu même cette intermittence se rapprocher assez de la périodicité pour qu'on crût avoir affaire à une maladie franchement intermittente, et qu'on administrât le sulfate de quinine.

La *durée* de l'affection, *quand elle se termine par résolution*, est de huit à dix jours ordinairement. Cependant, il reste, après ce temps, un point d'induration encore douloureux à l'endroit où siégeait l'inflammation, et les femmes ont besoin de grands ménagements. *Quand la maladie se termine par suppuration*, les symptômes douloureux ont une durée un peu plus longue, parce qu'il se passe quelques jours de plus avant que la collection purulente soit formée ; puis l'ouverture de la tumeur, naturelle ou artificielle, met promptement un terme aux souffrances de la malade.

La *terminaison* de la maladie est variable, et la manière dont elle a lieu est assez importante pour nous arrêter un moment. Dans le plus grand nombre des cas, elle se fait *par résolution ;* je n'ai vu, en effet, sur 25 cas, la suppuration s'établir que deux fois dans le phlegmon rétro-utérin, une fois dans le phlegmon anté-utérin, et une fois dans l'inflammation occupant à la fois le tissu cellulaire postérieur et le tissu cellulaire antérieur. En tout, 4 fois sur 25. C'est là, je le répète, un point très important, car il prouve que la maladie a été bien souvent méconnue, puisqu'elle n'a été étudiée que dans les cas où il se produit un abcès. Et cependant, comme nous l'avons vu, elle n'est pas moins bien caractérisée quand elle doit se terminer par résolution.

Lorsque cette terminaison par résolution a lieu, on voit d'abord les symptômes généraux s'amender, puis cesser complétement. La tumeur dans le phlegmon rétro-utérin, et les tissus résistants dans le phlegmon anté-utérin, deviennent beaucoup moins douloureux. Puis toute douleur disparaît, la tumeur diminue peu à peu, il faut la chercher dans un point plus élevé, et enfin elle finit par disparaître sans laisser de trace, ou bien, il reste pendant un certain temps un petit noyau induré qui disparaît plus tard. Les tissus reprennent leur souplesse, et l'on peut imprimer à l'utérus des mouvements comme à l'état normal.

Quand la suppuration s'établit, il y a quelques signes, comme de légers frissonnements, du malaise, qui l'annoncent dans certains cas, mais non dans tous. Puis les tissus présentent plus de mollesse, on trouve une fluctuation qui n'est bien évidente que dans le phlegmon rétro-utérin, et seulement lorsqu'il a fait une saillie assez considérable entre la paroi vaginale et la paroi rectale ; puis la tumeur se rompt et le pus s'écoule au dehors. Dans les cas que j'ai observés, le pus s'est fait jour constamment dans le vagin, lorsqu'il s'agissait du phlegmon rétro-utérin. Cependant on conçoit que l'abcès puisse s'ouvrir dans le rectum. Dans ce dernier cas, on observe les phénomènes bien connus qui ont lieu lorsque le pus des phlegmons de la fosse iliaque prend cette voie (1). Dans le premier, la malade sent seulement ses parties génitales mouillées tout à coup ; son linge est taché par le pus plus ou moins lié qui s'écoule ; on trouve le vagin et le col baignés par ce liquide, et ordinairement sans pouvoir découvrir l'orifice par lequel il s'écoule, caché qu'il est dans les replis du vagin.

(1) Voy. Chap. VI, Appendice, *Tumeurs inflammatoires des fosses iliaques.*

Dans certains cas, on a donné *issue au pus avec le bistouri*. Nous verrons, lorsque j'exposerai le traitement, dans quelles circonstances il convient d'agir ainsi.

Lorsque l'inflammation siége à la partie antérieure de l'utérus, le pus peut également se frayer une voie par le vagin ; c'est ce que j'ai vu, mais dans un des cas où le tissu post-utérin était également enflammé. *Je ne connais pas d'exemple d'ouverture d'un semblable abcès par le bistouri*, ce qui s'explique par le peu de saillie de la tumeur et par la difficulté d'y découvrir la fluctuation.

Dans un cas, j'ai vu l'*abcès s'ouvrir dans la vessie*. Cette ouverture fut annoncée par des envies fréquentes d'uriner, une douleur assez vive à la fin de la miction, et la présence d'une quantité considérable de pus grisâtre et diffluent au fond du vase qui contenait l'urine. En outre, ce pus avait une odeur fétide des plus prononcées.

Enfin, on voit quelquefois l'*inflammation se propager aux ligaments larges*, et alors l'affection prend des caractères un peu différents, que j'exposerai dans l'article suivant (1).

§ V. — Lésions anatomiques.

L'inflammation péri-utérine ne causant pas la mort par elle-même, on n'aurait pas pu décrire d'une manière exacte les lésions anatomiques, si parfois l'extension de l'inflammation ou une rupture de l'abcès n'avait pas donné lieu à une péritonite mortelle ou à une autre lésion grave. En pareil cas, on a trouvé dans le dédoublement de la paroi vaginale et du rectum, ou dans le tissu cellulaire qui unit l'utérus à la vessie, des foyers purulents contenant un pus phlegmoneux ou sanieux, et les diverses ouvertures dans les cavités voisines que j'ai signalées plus haut. Il serait inutile de s'étendre plus longuement sur ce point.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic présentait de grandes difficultés avant que nous eussions les moyens d'exploration que nous possédons aujourd'hui. C'est ce qui explique comment les cas seuls où il se produisait des abcès étaient reconnus, et encore faut-il ajouter qu'ils n'étaient reconnus que par un petit nombre de médecins. C'est ce qui explique aussi les erreurs de diagnostic bien pardonnables dont j'ai été témoin.

1° *Phlegmon rétro-utérin.* L'affection avec laquelle il est le plus facile de confondre cette espèce est la *rétroflexion*. Le toucher vaginal donne, en effet, des signes presque identiques. De part et d'autre, on trouve le col en avant, une tumeur qui fait saillie à la partie postérieure et supérieure du vagin, et entre les deux un angle rentrant plus ou moins profond. La consistance de la tumeur dans la rétroflexion est plus grande, il est vrai ; elle est aussi moins douloureuse ; mais ce sont là des nuances insuffisantes. Tous les doutes sont promptement levés par l'emploi de la sonde utérine. Elle pénètre, en effet, le bec et la concavité en avant, jusqu'à plus de 6 centimètres, et la tumeur reste immobile dans les cas de phlegmon rétro-utérin. Quelquefois le phlegmon est tellement volumineux que l'utérus est dévié à droite ou à gauche. Si donc on éprouve un peu de difficulté à la faire pénétrer directement, il ne faut pas employer la force, mais porter doucement son

(1) Voy. art. *Inflammation des ligaments larges*.

bec d'un côté ou de l'autre en poussant légèrement; on la voit bientôt s'avancer vers l'une ou l'autre fosse iliaque.

J'ai été appelé trois fois pour de prétendues rétroflexions qui n'étaient autre chose que des phlegmons de ce genre, et dans deux cas même, on avait exercé sur la tumeur des pressions excessivement douloureuses pour réduire la déviation. Le moyen d'exploration que j'indique a fait promptement reconnaître l'erreur, et l'inflammation a cédé aux moyens de traitement que j'indiquerai plus loin.

Le même moyen de diagnostic suffit pour faire distinguer le phlegmon rétro-utérin d'une *tumeur dans la paroi postérieure de l'utérus*, d'une *tumeur de l'ovaire*, etc.

Enfin on trouvera à l'article consacré à l'*hématocèle rétro-utérine* le diagnostic différentiel de ces deux lésions qui ont beaucoup de symptômes communs.

L'inflammation du *tissu cellulaire situé entre le col et la vessie* pourrait être prise pour une *cystite*. La résistance des tissus dans la partie la plus profonde du cul-de-sac vaginal antérieur, la douleur circonscrite dans ce point, les symptômes gastriques et péritonéaux suffisent pour faire reconnaître l'existence de la première de ces deux affections.

Je ne pousse pas plus loin l'étude de ce diagnostic que les détails exposés plus haut ont rendu facile.

Pronostic. Malgré la violence des symptômes, le pronostic n'est pas grave. Il ne pourrait le devenir que si l'affection se propageait à d'autres parties; mais alors on aurait une maladie différente. L'ouverture de l'abcès la plus heureuse est celle qui se fait dans le vagin.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de ces affections peut être exposé en peu de mots.

Les *émissions sanguines générales et locales* doivent d'abord être employées avec assez d'énergie. J'ai mis principalement en usage les *sangsues* et les *ventouses scarifiées*, et toujours j'ai été obligé de revenir plusieurs fois (trois ou quatre) à leur application dans les moments d'exacerbation que j'ai signalés plus haut. Toujours aussi elles ont procuré du calme aux malades.

Le second moyen consiste dans l'application de *très petits vésicatoires volants* pansés, matin et soir, avec 0,01 à 0,02 grammes d'un sel de morphine. Je les faisais renouveler dès qu'ils étaient secs. En calmant les douleurs, ils rendaient la marche de la maladie plus uniforme. Les bons effets en ont été évidents dans tous les cas.

Viennent ensuite les *cataplasmes*, les *demi-bains*, les *injections émollientes et narcotiques*, les *narcotiques à l'intérieur*, la *glace*, l'*eau de Seltz*, la *potion de Rivière* dans les cas de vomissement.

Il faut toujours donner un *laxatif* (magnésie, citrate de magnésie, sulfate de soude, etc.) dans les cas fréquents de constipation.

Enfin, la *diète* et le *repos* le plus absolu possible complètent ce traitement bien simple, à l'aide duquel la maladie se termine presque toujours par résolution.

Dans certains cas d'abcès, on a donné issue au pus à l'aide du bistouri. Pour qu'on puisse agir ainsi, il faut que la tumeur fasse une assez grande saillie dans le vagin, et qu'on y sente bien la fluctuation.

Quelquefois, l'ouverture s'est produite spontanément; mais l'*ouverture trop*

étroite ne permet qu'imparfaitement la sortie du pus ; j'ai observé un cas de ce genre, et il m'a suffi d'agrandir l'ouverture à l'aide d'un bistouri ordinaire. Le spéculum bivalve, dont les deux parties s'écartaient latéralement, me permettait de voir la tumeur. Il vaudrait mieux se servir du bistouri boutonné, si l'on apercevait l'ouverture spontanée, ou bien ne faire qu'une simple ponction qu'on agrandirait ensuite avec ce bistouri.

Quand le pus coule dans le vagin, il faut multiplier les injections. S'il *s'échappe par le rectum*, on donne chaque jour plusieurs *lavements émollients ;* enfin, dans le cas *où le pus coulait dans la vessie*, des *injections émollientes dans cet organe* ont été fort utiles.

ARTICLE III.

INFLAMMATION DES LIGAMENTS LARGES.

Je ne m'étendrai pas longuement sur cette affection qui n'a pas encore été étudiée isolément avec tout le soin nécessaire. Je sais que M. Nonat s'en occupe particulièrement ; mais il n'a pas encore publié le résultat complet de ses recherches. D'un autre côté, j'aurai à mentionner souvent cette inflammation, en parlant, dans le chapitre suivant, des tumeurs inflammatoires de la fosse iliaque. Bornons-nous donc à exposer en peu de mots ce qui distingue cette lésion de celles qui, ayant leur siége auprès d'elle, produisent des symptômes et des accidents semblables sous beaucoup de rapports.

Causes. C'est surtout après l'accouchement que se produit cette inflammation. Cependant, j'ai sous les yeux trois cas observés hors de l'état puerpéral et où les malades se trouvaient dans les mêmes conditions que celles que nous avons vues présenter une inflammation du tissu péri-utérin.

Les *symptômes* diffèrent en ce qu'il se produit une *tumeur hypogastrique* douloureuse, qui se prolonge vers une fosse iliaque, et quelquefois successivement dans les deux. On la sent très bien par la palpation. Elle est limitée supérieurement par une ligne droite transversale, qu'on apprécie par la *palpation* et la *percussion.* Cependant, si la tuméfaction est peu considérable, on la sent difficilement, et il faut alors avoir recours au *toucher vaginal* et au *palper hypogastrique combinés.* En portant le doigt dans le fond du cul-de-sac vaginal sur les côtés de l'utérus, on sent entre lui et la main qui palpe une *induration des tissus* allongée, plus ou moins épaisse, et douloureuse à la pression. Elle se prolonge de l'utérus à l'os des iles.

Les autres symptômes sont semblables à ceux de l'inflammation péri-utérine.

Cette inflammation ne se termine pas toujours par suppuration. J'ai sous les yeux trois observations dans lesquelles la tuméfaction s'est peu à peu dissipée. Quant à la *terminaison par suppuration*, je la ferai connaître dans l'*appendice au chapitre suivant.*

Le *traitement* est le même que celui des autres inflammations péri-utérines. Je sais que M. Nonat emploie les *émissions sanguines* fréquemment répétées ; mais toute appréciation de ce traitement est encore impossible.

CHAPITRE VI.

MALADIES DES OVAIRES.

Si l'on excepte les kystes des ovaires, et surtout les kystes hydropiques ou hydropisies ovariques, on peut dire que les maladies de ces organes sont très peu connues. On en a la preuve en parcourant les auteurs, qui n'ont consacré à ces affections que des articles peu étendus et dans lesquels l'histoire de ces maladies est présentée avec fort peu de précision.

C'est surtout aux progrès de l'anatomie pathologique que nous devons le peu que nous savons sur ce sujet ; il est même quelques affections, comme l'*ovarite*, qui, ainsi que le fait remarquer M. Chereau (1), sont restées inconnues aux auteurs qui ont écrit avant la fin du siècle dernier. Dans ces derniers temps, nous avons eu d'assez nombreux et d'assez importants travaux que je signalerai dans le cours de cet article ; mais ces travaux n'ont pu nous fournir que des documents insuffisants, qu'une observation persévérante pourra seule compléter.

Le chapitre que je consacre aux maladies des ovaires ne saurait avoir une grande étendue. D'une part, en effet, nous n'avons, comme on vient de le voir, que des matériaux insuffisants, et, de l'autre, les affections les plus connues, comme les diverses tumeurs de ces organes, sont beaucoup plus du domaine de la chirurgie que de celui de la médecine.

ARTICLE Ier.

OVARITE.

Si nous voulions étudier dans cet article tout ce qui a rapport à l'inflammation des ovaires, nous aurions sans doute un assez grand nombre de faits qui pourraient nous servir ; mais, en y réfléchissant, on verra qu'il est bien plus simple et plus utile d'agir autrement. On a distingué l'ovarite en simple ou *idiopathique*, en *puerpérale*, qu'on peut, comme M. Chomel l'a fait pour la métrite, diviser en *puerpérale proprement dite* et en *post-puerpérale*, et enfin en *symptomatique* d'une autre affection. Or il y a une circonstance capitale à considérer : ou bien l'ovarite se termine par résolution, comme cela arrive dans l'ovarite simple, ou bien elle se termine par suppuration. Dans ce dernier cas, il y a un abcès de la fosse iliaque, et il est bien plus important pour la pratique de ne tenir compte que de cet abcès, en rangeant l'inflammation de l'ovaire parmi les causes des lésions de ce genre, que de décrire la maladie tout entière, pour avoir ensuite à y revenir à propos des abcès de la fosse iliaque. Nous n'avons donc à nous occuper ici que de la première espèce.

1° OVARITE AIGUE.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On ne connaît qu'un bien petit nombre de cas d'inflammation de l'ovaire dont le diagnostic ait pu être porté avec précision. M. Chereau, qui a réuni les obser-

(1) *Mém. pour servir à l'étude des malad. des ovaires*. Paris, 1844.

vations d'ovarite les plus importantes, n'a cité que sept cas de ce genre, et encore, en y regardant de près, on ne peut s'empêcher de conserver des doutes sur quelques uns d'entre eux. Pour mon compte, je n'en ai observé qu'un seul, dont je parlerai plus loin. Quant à l'ovarite qui survient pendant les couches, le diagnostic en est si difficile, que quelques auteurs, et en particulier Lisfranc (*loc. cit.*), ont renoncé à décrire à part l'inflammation de l'ovaire, et ont réuni dans leur description cette inflammation à celle des autres annexes de l'utérus.

§ II. — Causes.

Les causes de l'inflammation idiopathique de l'ovaire sont des plus obscures. M. Chereau a rapporté quelques cas où il a paru que les *efforts de la menstruation*, dans lesquels, suivant les recherches intéressantes faites récemment, il y a congestion sanguine de l'ovaire, peuvent être suivis d'une inflammation de l'organe congestionné. Le fait n'a rien d'invraisemblable, mais sa démonstration demanderait de nouvelles recherches ; car, ainsi que nous le verrons plus loin, le diagnostic aurait eu besoin d'être mieux précisé qu'il ne l'a été dans les observations rapportées. La *suppression subite des menstrues* aurait le même effet, d'après deux observations citées par M. Chereau (1). M. Copland (2) a signalé une ovarite *rhumatismale ;* mais rien ne prouve qu'en pareil cas le principe rhumatismal fût pour quelque chose dans la production de la maladie. M. Louis (3) a trouvé, dans plusieurs cas de maladies fébriles, un peu de rougeur et de tuméfaction des ovaires, mais jamais de lésions assez graves pour mériter une description particulière.

On a encore cité comme causes de l'ovarite les *coups*, les *chutes*, les *plaies*, l'emploi des *aphrodisiaques*, mais on n'a pas rapporté les faits à l'appui.

Parfois l'ovarite est due à l'*extension de l'inflammation blennorrhagique à un ovaire*. M. le docteur Bourrand (4) en a signalé des exemples intéressants.

Enfin il faut reconnaître que l'ovarite survient parfois *sans cause appréciable.* C'est ce que j'ai constaté chez une femme de plus de soixante ans, chez laquelle, comme on le verra plus loin, l'existence d'une ovarite n'a pas été douteuse.

Tout le monde sait que *dans le cours d'une fièvre puerpérale*, l'ovaire peut s'enflammer ; mais, en pareil cas, c'est une affection secondaire. *Quelque temps après l'accouchement*, cet organe peut également être pris d'une inflammation qui se termine par résolution ou par suppuration. Le second cas nous occupe seul ici.

D'après les causes indiquées plus haut, on peut conclure que la maladie dont il s'agit se produit principalement pendant la grande période de la menstruation ; cependant le fait que je viens de citer prouve que cette règle n'est pas sans exception.

§ III. — Symptômes.

Dans tous les cas cités, il y a eu une *douleur spontanée* assez vive, et surtout

(1) *Loc. cit.*, p. 131.
(2) *Journ. med.-chir.* London, 1830.
(3) *Rech. sur la fièvre typhoïde*, 2e édit. Paris, 1841, 2 vol. in-8.
(4) Thèse, Paris, 1847.

une *douleur violente sous la pression ;* c'est au point qu'un attouchement un peu fort sur la région iliaque malade est tout à fait insupportable. La douleur spontanée peut s'irradier dans les lombes et même dans les cuisses; elle est parfois pulsative. Les mouvements du membre inférieur causent de la douleur dans la partie malade, et le membre reste immobile et à demi fléchi.

Une *tumeur* dont les auteurs comparent généralement le volume à celui d'un œuf de poule, mais qui peut, comme je l'ai vu, être plus considérable au commencement de la maladie, se montre dans une fosse iliaque, bien rarement dans les deux à la fois. La position de cette tumeur n'a pas été indiquée d'une manière bien précise par les auteurs. Dans les faits cités par M. Chereau, il est dit que la tumeur était *mobile*, et dans quelques uns seulement, qu'elle pouvait être limitée de manière à faire reconnaître la forme de l'ovaire tuméfié. Voici ce que j'ai vu dans le cas soumis à mon observation : Les deux premiers jours, je trouvai dans la fosse iliaque droite une tumeur qui avait 6 ou 7 centimètres de diamètre, et qui occupait cette région de manière à ce qu'il n'y avait aucun intervalle entre elle et l'os iliaque correspondant. La tumeur était immobile, et je crus à la formation d'un phlegmon de la fosse iliaque non encore suppuré; puis la tumeur se limita, un intervalle souple existait entre elle et l'os iliaque, et l'on sentait une dureté ovoïde parfaitement limitée. Les jours suivants, la tumeur diminua rapidement de volume, de sorte qu'en dix ou douze jours elle avait complétement disparu, sans évacuation d'aucune espèce. Dans une observation due à M. Harrisson, de Louisville (1), il est dit que la tumeur était située au-dessous de la protubérance du sacrum, ce qui me paraît difficile à comprendre.

Le *toucher par le rectum* peut être utile pour constater la position de la tumeur; mais nous ne trouvons pas de renseignements suffisants sur ce point dans les observations.

La tumeur est *résistante;* elle donne un son mat à la *percussion*, qui doit être pratiquée légèrement dans les premiers temps, à cause de la douleur vive qu'elle occasionne.

Dans les cas où la maladie survient après les couches, les symptômes locaux sont les mêmes d'abord; il n'y a, en effet, rien de particulier sous ce rapport, que la terminaison par suppuration dans certains cas.

Les autres symptômes locaux signalés par quelques auteurs étaient dus à des lésions des organes voisins, et appartenaient par conséquent à des complications dont nous ne devons pas nous occuper ici.

Les *symptômes généraux* sont très variables suivant les cas. Si la maladie est survenue spontanément, elle peut ne déterminer qu'un simple *malaise* et un mouvement fébrile insignifiant. Dans les cas où elle vient pendant une menstruation difficile, il y a les signes de la *dysménorrhée*, et de plus un mouvement fébrile assez prononcé. C'est ce qui avait lieu chez les malades observées par M. Chereau; la fièvre, avec *brisement des membres*, *céphalalgie*, *soif*, *troubles digestifs*, accompagnait les ovarites survenues à la suite d'une suppression des règles. Enfin chacun sait que l'ovarite qui se manifeste pendant les couches détermine un mouvement fébrile semblable à celui que produit la métrite. Dans tous ces cas, une

(1) *The Amer. Journ. of the med. sciences*, 1835.

constipation opiniâtre peut être le résultat de la compression exercée sur l'intestin par la tumeur lorsqu'elle est considérable.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est continue. Sa durée est de un ou deux septénaires lorsqu'elle se termine par résolution; dans le cas contraire, il se forme un *abcès*, dont nous nous occuperons plus loin. La *terminaison* par abcès, qui n'a jamais eu lieu dans les cas d'ovarite idiopathique, ne serait pas, suivant quelques auteurs, la seule à redouter, et l'on aurait encore à craindre de voir l'ovaire *se gangrener;* mais on n'a pas cité de cas d'ovarite simple se terminant ainsi.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de l'ovarite simple est très difficile à porter d'après les observations des auteurs. Le signe principal qui sert à faire distinguer cette affection, avant la suppuration, *d'un phlegmon de la fosse iliaque*, est la forme de la tumeur, qui est ovoïde et circonscrite; mais ce signe ne se montre pas toujours. Je crois que le signe que j'ai indiqué, et qui consiste dans un intervalle entre la tumeur et l'os iliaque, est très important. On ne l'observe jamais dans les abcès. Mais, ainsi que je l'ai dit, cet intervalle n'a été sensible qu'au bout de quelques jours. S'il en était toujours ainsi, il me paraîtrait bien difficile de distinguer, avant cette époque, l'ovarite du phlegmon de la fosse iliaque. Il ne faudra pas oublier le toucher rectal, qui peut faire apprécier la forme de la tumeur, alors qu'elle n'est pas facilement perçue à travers la paroi abdominale.

Le *pronostic* est peu grave lorsque l'affection s'est développée hors de l'époque des couches. Dans le cas contraire, on a à redouter la suppuration dont nous ferons connaître plus loin le danger.

§ VI. — Traitement.

Le traitement opposé à l'ovarite dont il s'agit ici est des plus simples. La *saignée*, des *sangsues* en plus ou moins grand nombre, suivant la force des malades et surtout suivant l'intensité des phénomènes locaux et généraux; les *émollients;* quelques *narcotiques;* la *diète;* le *repos;* des *purgatifs* peu violents pour vaincre la constipation: tels sont les seuls moyens qu'on a mis en usage, et qui se sont montrés suffisants dans les cas d'ovarite simple. On conseille, si la résolution se fait attendre, d'avoir recours aux *frictions mercurielles*, aux médicaments appelés *fondants*, etc.; mais nous n'avons pas de bonnes observations qui nous fassent connaître les cas de ce genre.

2° OVARITE CHRONIQUE.

Les auteurs qui regardent les diverses dégénérescences de l'ovaire comme des conséquences d'une ovarite chronique, ont nécessairement considéré cette maladie comme assez fréquente; mais rien ne prouve que leur opinion soit fondée, dans le plus grand nombre des cas du moins.

Les observations manquent pour tracer l'histoire de cette maladie, à laquelle on attribue pour *symptômes* une douleur sourde, avec tuméfaction plus ou moins

considérable d'un ovaire ou des deux à la fois. Dans l'état actuel de la science, nous ne pourrions entrer dans aucun détail assez précis pour trouver place ici.

ARTICLE II.

KYSTES DES OVAIRES. HYDROPISIE ENKYSTÉE.

Les divers kystes des ovaires doivent être rangés parmi les maladies qui intéressent plus la chirurgie que la médecine. Je ne mentionnerai dans cet article que ce qui rentre plus spécialement dans notre sujet.

1° KYSTES PILEUX.

Je n'ai que deux mots à dire de ces tumeurs, qui n'ont pas d'intérêt pratique réel. Elles n'acquièrent, en effet, quelque importance que lorsqu'elles s'enflamment, et alors il en résulte des abcès qui réclament l'intervention de la chirurgie (1).

Ces kystes sont divisés en trois ordres par M. Velpeau (2), qui en a tracé une histoire intéressante. Dans le premier il range ceux qui paraissent dépendre de la même cause qui a produit l'organisme qui les contient; dans le *second* se rangent ceux qui sont le produit d'une fécondation incomplète; et dans le *troisième* se classent ceux dans lesquels les productions morbides (graisse, poils, dents) paraissent des productions du sac qui les renferme.

Les produits qu'on rencontre dans ces kystes sont dans l'ordre de fréquence : des poils, des dents, de la graisse qui les enveloppe, des fragments d'os, des lambeaux ayant l'aspect du tissu musculaire, de la peau, etc.

Ces kystes forment des tumeurs *indolentes* à moins d'accidents particuliers, occupant une étendue assez considérable de la partie inférieure de l'abdomen, offrant une dureté assez grande, mais ordinairement différente dans les divers points, donnant un son mat à la percussion, et ayant leur racine dans une des fosses iliaques.

Les femmes n'en éprouvent ordinairement aucune incommodité; mais, je le répète, ces tumeurs peuvent s'enflammer, et de là des *abcès* qui se sont vidés au dehors, dans l'intestin, dans le vagin, etc. Les débris de matière organisée qui s'échappent alors font reconnaître la nature de la tumeur. Mais il serait inutile d'insister plus longtemps sur cette lésion, dont les causes sont assez obscures pour que de longues discussions se soient élevées à ce sujet, et qui n'a de véritable intérêt qu'au point de vue de la génération et de l'anatomie pathologique.

2° KYSTES SÉREUX, OU HYDROPISIE ENKYSTÉE.

C'est donc à l'hydropisie enkystée de l'ovaire que doit être spécialement consacré cet article. On trouve dans les recueils de médecine un nombre considérable de faits qui se rapportent à cette maladie; mais les recherches auxquelles elle a donné lieu sont très insuffisantes, et les descriptions qu'en ont tracées les auteurs sont très vagues et laissent beaucoup de doutes dans l'esprit. Je vais exposer rapidement ce que nous savons de plus précis sur ce sujet.

(1) Voy. Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain,* XVIII[e] livr., in-fol., pl. col.
(2) *Dict. de méd.*, t. XXII, p. 581.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *kystes de l'ovaire* ou *hydropisie enkystée*, à une affection dans laquelle cet organe renferme, dans une ou plusieurs poches dont il est creusé, un liquide quelconque. Cette définition prouve déjà qu'il ne s'agit pas ici d'une hydropisie ordinaire ; car le liquide contenu dans les kystes n'est pas, à beaucoup près, toujours séreux.

L'hydropisie de l'ovaire n'est pas une maladie rare, sans toutefois pouvoir être rangée parmi les affections chroniques qu'on rencontre fréquemment.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Les causes de cette affection sont très obscures. Parmi les *causes prédisposantes*, on a rangé l'*âge* de vingt à quarante-cinq ans; mais nous n'avons pas à ce sujet de relevés de faits concluants. On a dit aussi qu'une circonstance qui favorise beaucoup sa production est *une ou plusieurs grossesses antérieures* et le *rapprochement des sexes* (Lisfranc). Mais qui ne voit que, pour établir l'existence de ces causes, il faudrait pouvoir se fonder sur des chiffres extrêmement nombreux ? Qu'y a-t-il, en effet, de surprenant que la maladie se montre le plus souvent dans les circonstances où presque toutes les femmes se trouvent placées ? Rien ne prouve mieux la légèreté avec laquelle ces questions ont été étudiées, que de semblables propositions dont la naïveté est presque incroyable. Suivant Meckel, l'ovaire gauche serait plus fréquemment affecté que le droit; mais il résulte d'un relevé de faits présenté par le docteur Bloff (1), que, dans 54 cas, l'ovaire droit a été affecté 31 fois et l'ovaire gauche 23 fois seulement. Sans doute il serait bon d'avoir un plus grand nombre de faits; mais ceux qu'a rassemblés l'auteur que je viens de citer démontrent du moins que l'assertion de Meckel aurait grand besoin de preuves.

2° Causes occasionnelles.

Les *causes occasionnelles* sont, suivant les auteurs, les *violences extérieures*, les *excès vénériens*; et tout ce qui peut occasionner l'*inflammation* des organes génitaux ; mais rien n'est moins prouvé que l'exactitude de ces assertions.

3° Conditions organiques.

Quant aux *conditions organiques* dans lesquelles se produit la maladie, les auteurs se sont livrés à des hypothèses plus ou moins ingénieuses, mais sans preuves concluantes. L'opinion la plus générale est que les kystes de l'ovaire sont le résultat de la distension et de la dégénération d'une ou de plusieurs *vésicules ovariques*. Suivant Delpech et, après lui, M. Cruveilhier (2), certains kystes multiloculaires constitueraient une forme de cancer à laquelle le dernier de ces auteurs, qui regarde l'affection comme une altération des extrémités veineuses, a donné le nom de *cancer aréolaire*. J'ai vu plusieurs de ces altérations de l'ovaire, et je n'ai pas pu

(1) Journal *l'Expérience*, t. I.
(2) *Anat. path. du corps humain*, t. II, 25ᵉ livr. (*Maladies de l'ovaire*).

y trouver les caractères du tissu cancéreux plus souvent que dans d'autres kystes uniloculaires ou multiples, qui, dans plusieurs points de leurs parois, offrent fréquemment l'aspect squirrheux.

§ III. — Symptômes.

Pour la description des symptômes, il faut avoir présente à l'esprit une division assez généralement admise et fondée sur l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire. On a distingué ces kystes en *uniloculaires*, *multiloculaires*, *multiples* et *aréolaires*. Ces variétés, et surtout les formes uniloculaire et multiloculaire, présentent quelques particularités qu'il est important de signaler; mais, avant de les indiquer, je crois devoir décrire les *symptômes communs*.

Début. Le début des kystes de l'ovaire est toujours *latent*. Ce n'est que lorsque la tumeur a déjà acquis un volume assez considérable, qu'elle donne lieu à certains phénomènes et à certains signes qui en font reconnaître l'existence. Cette remarque prouve déjà combien on est peu fondé à attribuer la maladie à une inflammation, quelque faible qu'on la suppose; car s'il en était ainsi, on la verrait, au moins quelquefois, occasionner des accidents assez notables dès son début.

Symptômes. Il est rare que ces kystes des ovaires causent de la *douleur*; cependant la chose n'est pas impossible. J'ai vu, pour mon compte, une jeune femme qui, portant un kyste de l'ovaire droit, gros comme la tête d'un fœtus, éprouvait, dans la fosse iliaque et le flanc de ce côté, des douleurs extrêmement vives, qui toutefois n'étaient pas continues, et se dissipaient après deux ou trois jours de durée, pour se reproduire après un espace de temps plus ou moins considérable. Ordinairement les malades n'éprouvent d'abord qu'un peu de *pesanteur* dans la région affectée, et souvent c'est par hasard qu'elles découvrent la tumeur qu'elles ont dans l'abdomen. Lorsque la tumeur devient très considérable, l'abdomen peut être un peu douloureux. Il est quelques sujets qui ont des tiraillements dans les lombes, les aines et les cuisses. S'il survient une inflammation dans la tumeur ou dans une partie voisine, la douleur est vive; mais elle est due alors à un accident qui arrive assez rarement.

La *pression*, la *percussion*, les *grands mouvements* et la *fatigue* causent ordinairement un peu de douleur dans la région occupée par la tumeur, mais ce n'est presque toujours que lorsque celle-ci est assez volumineuse pour distendre l'abdomen.

La *palpation* exercée sur le ventre ne fournit quelques renseignements que lorsque la tumeur a acquis un certain volume. Alors on trouve cette tumeur de forme plus ou moins bien arrondie, et présentant des caractères différents suivant son volume. *Est-elle encore d'un volume médiocre*, ne dépasse-t-elle pas, par exemple, le volume de la tête d'un fœtus, on la sent très bien circonscrite dans un des côtés de l'abdomen, et la main, pressant fortement par son bord cubital sur la paroi antérieure de cette cavité, peut la saisir du côté de l'ombilic, où l'on trouve son fond globuleux. Mais il ne faut pas se contenter de cette exploration, on doit suivre la tuméfaction jusque dans la fosse iliaque, où l'on peut s'assurer que se trouve sa racine, ce qui est très important pour le diagnostic. *Si, au contraire, la tumeur est d'un très grand volume*, si elle distend fortement la paroi abdominale, il est plus

difficile de la circonscrire ; cependant, avec un peu d'attention, on parvient, dans presque tous les cas, à trouver un côté de l'abdomen plus tendu, plus dur, plus résistant que l'autre, et à s'assurer qu'une des deux fosses iliaques est souple, tandis que l'autre, où la tumeur prend sa racine, est très résistante.

Au reste, la *percussion*, en pareil cas, vient en aide à la palpation. M. Rostan (1) a noté un signe important. Dans l'hydropisie de l'ovaire, en effet, les intestins sont refoulés du côté opposé à la tumeur, et donnent dans ce côté du ventre un son clair, tandis que le côté opposé est mat. Si l'on pratique la percussion avec soin, on trouve dans la fosse iliaque, où la tumeur a pris naissance, une matité marquée, tandis que la fosse iliaque du côté opposé est sonore ; puis, en cherchant la limite supérieure de la matité, on s'assure que la ligne qui la sépare du son clair des intestins est une ligne courbe dont la convexité est tournée en haut, et qui, venant se perdre dans le côté occupé par la tumeur, laisse l'autre libre dans une plus ou moins grande étendue. Lorsque la tumeur est excessivement considérable, ces signes sont moins faciles à reconnaître ; mais on s'assure alors que les intestins ont été refoulés vers un point latéral de l'abdomen, et de plus, en faisant varier la position de la malade, *on ne voit pas survenir de changement de niveau du liquide*, ce qu'il est toujours très important de constater.

Ces signes sont également beaucoup plus obscurs lorsque la maladie occupe les deux ovaires. Mais dans ces cas, qui ne sont pas les plus fréquents, à beaucoup près, quoique la plupart des auteurs aient avancé que lorsque l'affection occupe un des ovaires, elle ne tarde pas à envahir l'autre, la *palpation* et la *percussion* offrent d'autres ressources, car les deux tumeurs ne sont jamais d'égal volume, et en constatant l'irrégularité très grande de la tuméfaction qu'elles occasionnent, on a un signe très important pour le diagnostic.

La simple *inspection* de l'abdomen est souvent très utile pour faire reconnaître la nature de la maladie. Le ventre est en effet fréquemment déformé, le côté occupé par la tumeur étant plus saillant que l'autre.

On a indiqué, comme pouvant être de quelque utilité, le *toucher vaginal*, et plus encore le *toucher rectal*. Mais le premier sert uniquement à faire constater que la tuméfaction n'est pas due à l'augmentation de volume de l'utérus, et quant au second, je n'ai pas trouvé de faits où il ait été employé avec quelque utilité.

Les kystes des ovaires peuvent exister pendant de longues années et prendre un accroissement considérable sans qu'il en résulte aucune altération de la santé. Cependant, si l'on consulte les faits, on voit qu'il est assez ordinaire d'observer des *troubles de la menstruation*, et en particulier l'*aménorrhée* et la *dysménorrhée*.

On a aussi cité un certain nombre de cas dans lesquels, à ces troubles de la menstruation, se joignaient, dans les premiers temps de la maladie, des *signes de grossesse* qui faisaient croire à une véritable conception : ainsi des *altérations de l'appétit*, des *vomissements*, le *gonflement des seins*. Mais ces signes se dissipent au bout de peu de temps dans la grande majorité des cas, et le développement de la tumeur n'étant pas régulier comme celui de la matrice dans la grossesse, l'erreur est ordinairement assez promptement dissipée. Nous verrons

(1) *Mém. sur un moyen de distinguer l'hydr. enkyst. de l'ascite.* (*Nouv. journ. de méd.*, t. III, et *Traité du diagnostic*).

cependant, en parlant du diagnostic, qu'il est des cas où l'on a pu se tromper complétement.

La compression qu'exerce la tumeur sur l'intestin, surtout lorsqu'elle est située à gauche, produit ordinairement une *constipation* opiniâtre. Parfois aussi, par son action sur la vessie, elle détermine de fréquentes envies d'uriner et même la *dysurie*.

Ces symptômes sont ceux que l'on observe lorsque la tumeur ovarique n'a qu'un développement médiocre ; mais si son volume est assez considérable pour que l'abdomen soit considérablement distendu, on en observe d'autres qui sont dus à la compression des divers organes. Les intestins étant refoulés, l'estomac ne pouvant se dilater, il en résulte des *troubles marqués de la digestion*. Le refoulement des viscères abdominaux se fait sentir sur le diaphragme, qui ne se contracte que très incomplétement, les poumons ne peuvent plus se dilater suffisamment, et de là la *gêne de la respiration* et de la *circulation* qu'on voit survenir à cette époque. Les conséquences de ces troubles de fonctions si importantes sont faciles à prévoir. Les malades languissent, pâlissent, deviennent d'une grande maigreur, jusqu'à ce qu'enfin elles succombent dans un état d'asphyxie, d'anémie et de fièvre lente tout à la fois.

Un symptôme qu'il ne faut pas oublier, et qui s'observe lorsque la tumeur a un volume un peu considérable, est un *bruit de souffle* qui se produit à chaque pulsation artérielle, et qui a été noté dans un certain nombre de cas. Il est important pour le diagnostic d'avoir présente à l'esprit la possibilité de ce symptôme.

La compression exercée par la tumeur sur les grosses veines du bassin peut aussi donner lieu à un *œdème des extrémités*, à la *phlébite*, et à la *phlegmatia alba dolens*. J'ai rapporté ailleurs un exemple bien évident de phlegmatia produite par cette cause.

Enfin de vives *douleurs de nature névralgique* sont parfois le résultat de la compression des rameaux qui vont former le grand nerf sciatique.

Après avoir ainsi exposé les symptômes communs aux diverses espèces de tumeurs, voyons ce qu'elles présentent de particulier suivant leur forme.

Kystes uniloculaires. Dans les kystes uniloculaires, la tumeur est beaucoup moins irrégulière, et le plus souvent même elle est globuleuse. Lorsque ces kystes ont acquis un très grand développement, l'abdomen peut être uniformément distendu, et les signes que la tumeur présente peuvent ressembler beaucoup à ceux de l'ascite, avec accumulation très abondante de liquide.

Ainsi on peut y percevoir la *fluctuation*. Ce signe est très sensible quand le liquide contenu dans le kyste est purement séreux. Lorsque ce liquide est épais, la fluctuation est d'autant plus obscure que la matière a plus de densité, et souvent on ne sent, en plaçant une main sur un point et en percutant vivement avec les doigts de l'autre main, qu'un tremblotement semblable à celui que produirait une vessie pleine d'une substance gélatineuse.

Les kystes uniloculaires sont ceux qui en général acquièrent le plus grand développement.

Kystes multiples. Ces kystes sont remarquables par les inégalités qu'on sent dans la tumeur ; or, comme il est ordinaire que le liquide contenu dans chacun d'eux ait une densité différente, et que leurs parois aient une résistance et surtout

une épaisseur variable, il en résulte qu'ici on sent une bosselure dure résistante; là, une autre élastique; là, une troisième plus molle, et ainsi de suite, et que ces bosselures sont séparées par des intervalles d'une étendue très variable et d'une dureté plus grande que celle qu'elles peuvent présenter elles-mêmes. Si un de ces kystes a une capacité considérable, et si le liquide qu'il contient est peu dense, on peut sentir, dans ce point, une fluctuation qu'on ne retrouve pas dans les autres.

Kystes multiloculaires. La tumeur présente des bosselures semblables à celles qui viennent d'être indiquées; mais les cavités communiquant les unes avec les autres, on n'observe pas toutes les différences qu'offrent les kystes multiples.

Les *kystes aréolaires* n'ont rien de particulier sous le rapport qui nous occupe.

Enfin, lorsque les tumeurs présentent tout à la fois des kystes uniloculaires, multiloculaires et multiples, ce qui n'est pas très rare, les divers caractères qui viennent d'être signalés se trouvent réunis en elles.

§ IV. — Marche, durée, terminaison, état du sang.

La marche de la maladie est ordinairement lente et continue. Dans quelques cas, on a vu la tumeur acquérir un volume très considérable en peu de mois; mais ces cas sont extrêmement rares. Presque toujours il faut des années pour que l'abdomen soit considérablement distendu par le kyste. Quelquefois, après avoir fait des progrès rapides, la tumeur reste stationnaire et parfois pendant des années entières, jusqu'à ce que, sans qu'on puisse en deviner la cause, une nouvelle impulsion soit donnée à son accroissement.

La *durée* est ordinairement très longue. On a vu des sujets porter pendant trente et quarante ans des tumeurs ovariques, sans en éprouver de grandes incommodités lorsque leur volume n'était pas très considérable.

Nous avons vu plus haut que la maladie pouvait se *terminer* par la mort. Cette terminaison est occasionnée soit par le développement démesuré de la tumeur, d'où résultent les accidents mentionnés plus haut; soit, ce qui est plus rare, par une inflammation développée spontanément, ou par une rupture du kyste dans l'abdomen; soit enfin à la suite d'une des opérations dont je parlerai plus loin. La rupture du kyste dans le péritoine n'est cependant pas aussi fâcheuse qu'on pourrait le croire, ainsi qu'on peut le voir dans les faits cités par MM. Bonfils (1) et Camus (2). On a vu des kystes s'ouvrir dans l'intestin et dans d'autres organes.

J'ai sous les yeux (3) une observation empruntée au *Monthly journal*, qui nous offre un exemple bien rare de la guérison de cette affection par l'*ouverture du kyste dans la vessie.* Les seuls symptômes signalés dans l'observation sont l'abondance, la couleur ambrée, la viscosité de l'urine, et le pus contenu dans ce liquide; tous ces caractères étaient dus évidemment au mélange du liquide versé par le kyste avec l'urine renfermée dans la vessie.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je ne ferai qu'indiquer rapidement ces lésions. Le tissu de l'ovaire est hyper-

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1843, t. IX, p. 192.
(2) *Revue médicale*, 1844.
(3) *Bull. de thérap.*, t. XXXVI, p. 235, 15 mars 1849.

trophié, dénaturé, le plus souvent endurci. Dans les cas de kyste uniloculaire volumineux, il peut avoir complétement disparu, et l'on ne trouve plus qu'une poche à parois minces et membraneuses. Dans les cas de kystes multiloculaires, ce tissu forme des cloisons incomplètes plus ou moins épaisses ; et dans les cas de kystes multiples, le tissu altéré, parfois évidemment cancéreux, sépare les cavités par des cloisons complètes dont l'épaisseur est aussi très variable.

Les cavités des kystes ont une capacité extrêmement variable ; on en a trouvé qui n'admettaient pas le petit doigt, et d'autres qui pouvaient contenir jusqu'à 50 kilogrammes de liquide, et plus encore. Les kystes uniloculaires sont en général les plus grands. Les parois des kystes sont ordinairement lisses à l'intérieur.

Ces poches contiennent une matière qui varie suivant les cas, sous tous les rapports. C'est un liquide transparent, blanc, et coulant comme de l'eau ; une sérosité citrine ; un liquide lactescent ; ou bien un liquide épais, gélatineux, couleur de café ou de chocolat ; ou encore une matière demi-liquide semblable à du miel, à de la colle, à du suif, à de la graisse, etc. La quantité de cette matière est en rapport, non avec le volume de la tumeur, mais avec la capacité des kystes. On a extrait quelquefois, par la ponction, jusqu'à 50 et 60 kilogrammes de sérosité. Parfois ces kystes contiennent quelques gaz, ce qui est dû à la décomposition de la matière qu'ils renferment.

Pour terminer ce qui a rapport aux lésions, il suffit d'ajouter qu'on trouve des adhérences de la tumeur avec les organes voisins, ainsi que les résultats de la compression des organes et des accidents précédemment mentionnés.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de cette affection ne laisse pas de présenter d'assez grandes difficultés, et si nous consultons les auteurs, nous trouvons que des erreurs graves ont été commises. Il importe donc d'entrer dans quelques détails sur ce point.

Au début, le diagnostic des kystes de l'ovaire est des plus obscurs. Lorsque la tumeur n'a pas acquis un certain volume, il est difficile, et souvent même impossible, de l'atteindre à travers les parois de l'abdomen ; et quant au toucher rectal, nous avons vu plus haut qu'il ne donne que des résultats très peu satisfaisants. Mais il est bien rare qu'à cette époque on ait à porter ce diagnostic. C'est seulement lorsque la tumeur est bien apparente qu'on est appelé près de la malade.

Nous avons dit que, dans certains cas, les femmes se croyaient grosses. Les médecins ont quelquefois partagé cette méprise. Voici à quels signes on distinguera la *grossesse utérine* d'un kyste de l'ovaire : Dans la grossesse, la tumeur globuleuse prend sa racine derrière les pubis ; aussi, tandis que dans l'hypogastre on obtient par la percussion un son mat, les fosses iliaques (l'intestin étant préalablement vidé) donnent un son clair plus ou moins prononcé ; dans le kyste ovarique, au contraire, et c'est là un point capital sur lequel on n'a pas suffisamment insisté, il y a une matité très prononcée dans la fosse iliaque où la tumeur prend sa racine, tandis que l'autre est sonore dans toute son étendue. La tumeur ovarique se développe presque toujours avec une lenteur incompatible avec l'idée d'une grossesse ; elle occupe un des côtés du ventre, tandis que l'utérus, après la conception, s'élève régulièrement en suivant la ligne médiane. Enfin la tumeur ovarique est ordinairement bosselée, ce qu'on n'observe pas dans l'utérus distendu par le produit de la con-

ception, et de plus par le *toucher vaginal* on constate l'état normal du col et du corps de l'utérus qui sont développés dans la grossesse.

A une époque avancée de la grossesse surviennent les doubles battements du cœur du fœtus et le souffle placentaire. Les premiers lèvent tous les doutes; il n'en est pas de même du souffle appelé souffle placentaire. Nous avons vu, en effet, qu'un bruit de souffle très distinct peut résulter de la compression d'un gros tronc artériel par la tumeur. Une méprise de ce genre a été signalée par M. Bricheteau (1) : un bruit de souffle avait fait croire à une *grossesse*, *ovarique* il est vrai, car on connaissait le siége du mal; on voulut opérer, et la malade succomba au bout de six jours. Le même signe pourrait faire croire à une grossesse utérine. Suivant M. Depaul, on évitera la méprise, si l'on se rappelle que le bruit de souffle, dans la grossesse, n'est pas accompagné d'un battement, d'une impulsion comme le bruit de souffle artériel.

Enfin, plus tard, dans la grossesse, surviennent les mouvements du fœtus qui ne laissent plus aucun doute.

Une *grossesse tubaire* ou *ovarique* serait bien plus facilement encore confondue avec un kyste de l'ovaire. Les circonstances dans lesquelles la tumeur s'est produite, et aussi les signes que donne un fœtus vivant, seront, à une époque un peu avancée, utiles pour ce diagnostic, que le médecin n'est heureusement pas appelé à porter souvent. Dans les premiers temps, il est toujours bien difficile de se prononcer.

Lorsque le kyste est uniloculaire, ou bien lorsqu'un des kystes multiples s'est considérablement développé, et lorsque la tumeur, pleine d'un liquide assez coulant, distend beaucoup l'abdomen, l'hydropisie enkystée de l'ovaire peut être confondue avec l'*ascite*, et les exemples ne sont pas très rares d'une pareille confusion. J'ai exposé ailleurs (2) les signes à l'aide desquels on distingue ces deux affections. Il me suffira de les rappeler dans le *tableau synoptique*.

Mais *il peut exister à la fois une ascite et une hydropisie enkystée de l'ovaire;* le diagnostic, en pareil cas, est un peu plus difficile; cependant on peut arriver à l'établir en pressant vivement la paroi abdominale de manière à déplacer le liquide péritonéal; on arrive par ce moyen à toucher la tumeur, qui offre une résistance beaucoup plus grande que celle qui est produite par le liquide de l'ascite.

Quant aux *tumeurs inflammatoires* des fosses iliaques, il est bien rare qu'on puisse les prendre pour des kystes; cependant j'aurai à dire quelques mots sur ce point dans l'article suivant.

(1) *Clinique de l'hôpital Necker.*
(2) Voy. art. *Ascite.*

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs des kystes de l'ovaire et de la grossesse utérine.*

KYSTE DE L'OVAIRE.	GROSSESSE UTÉRINE.
Matité dans une des fosses iliaques; sonorité dans l'autre.	*Sonorité dans les deux fosses iliaques.*
Se développe avec *plus de lenteur.*	Développement *plus rapide.*
Tumeur occupant *un des côtés du ventre.*	Tumeur occupant *la partie moyenne du ventre.*
Parfois *bosselée.*	*Globuleuse.*
Par le toucher vaginal, on constate l'*état normal du col et du corps.*	Au toucher vaginal, *augmentation de volume du col et du corps.*
Plus rarement, bruit de souffle *avec battement.*	*Bruit de souffle* connu sous le nom de bruit placentaire, *sans battement.*
Rien de semblable.	A une certaine époque, *doubles battements du cœur du fœtus.*
Point de mouvement.	*Mouvements du fœtus.*

2° *Signes distinctifs de l'hydropisie enkystée des ovaires et de l'hydropisie ascite.*

HYDROPISIE ENKYSTÉE DE L'OVAIRE.	ASCITE.
Abdomen quelquefois *irrégulier*, généralement *globuleux.*	Abdomen plus ou moins *aplati.*
Son clair *dans le côté* du ventre *opposé à celui de l'ovaire malade.*	Son clair dans un espace compris entre *l'épigastre et une ligne contournant l'ombilic.*
Matité *plus considérable, à peu près égale* dans toute l'étendue du kyste.	Matité d'*autant plus grande qu'on s'éloigne davantage de cet espace*, et qu'on s'approche des parties déclives.
Point de changement de rapports entre la matité et la sonorité *dans les changements de position.*	*Changement de rapports* de la sonorité et de la matité, *quand on fait changer la position de la malade.*
Fluctuation généralement *moins facile.*	Fluctuation généralement *plus facile.*

Pronostic. Le pronostic des kystes de l'ovaire est en général grave. Il est rare qu'à une certaine époque l'affection ne finisse pas par déterminer des accidents sérieux, et, au bout d'un temps très variable, elle devient mortelle dans le plus grand nombre des cas; seulement on peut dire d'une manière générale que la terminaison funeste n'arrive qu'après un temps fort long.

§ VII. — Traitement.

Tous les auteurs s'accordent à dire que la guérison par les médications internes est au moins très difficile à obtenir. M. Velpeau n'hésite pas même à poser en question l'existence d'un seul succès avéré. Il est vrai que nous n'avons pas de faits concluants à cet égard, et que les assertions de quelques auteurs qui disent avoir guéri par ces moyens des kystes des ovaires ne doivent être acceptées qu'avec défiance. Il me suffira, par conséquent, de mentionner très rapidement les moyens qui constituent la médication interne, et qui ne diffèrent pas, comme on va le voir, de ceux qu'on oppose aux hydropisies et aux engorgements des divers organes.

1° *Médication interne.* On recommande les *antiphlogistiques*, et surtout la *saignée locale*, lorsque l'affection paraît avoir été occasionnée par une violence extérieure, et surtout au début de la maladie; mais, dans le paragraphe consacré à l'*étiologie*, j'ai dit combien l'existence d'une pareille cause est hypothétique.

Si l'on pouvait penser qu'une suppression des règles a produit cette affection, on aurait recours aux moyens indiqués dans un autre article (1), et qui sont destinés à rappeler les menstrues.

Ensuite on a, dit M. Velpeau, « tenté successivement l'administration des *sudorifiques*, des *mercuriaux*, des *purgatifs hydragogues*. Les préparations d'or, de plomb, d'iode, etc.; les eaux minérales, les applications locales de nature variée, ont encore été employées.... Nous ne ferons que mentionner pour mémoire la *compression*, que l'on a proposée, il n'y a pas longtemps, dans le but de faire disparaître les hydropisies enkystées de l'ovaire. Cette méthode, ainsi appliquée, ne compte pas encore des résultats que l'on puisse invoquer en sa faveur. »

Je pense, avec M. Velpeau, qu'il serait inutile d'entrer dans de plus grands détails à ce sujet.

2° *Moyens chirurgicaux.* Je n'ai pas non plus à décrire maintenant les moyens chirurgicaux. Ce serait trop empiéter sur le domaine de la chirurgie, et c'est aux traités de médecine opératoire qu'il faut avoir recours (2). Bornons-nous donc à une indication rapide.

1° *Ponction.* La ponction n'est qu'un moyen palliatif. Elle ne doit être pratiquée que lorsque la fluctuation est sentie de manière à faire croire qu'il n'y a qu'un seul kyste, ou du moins qu'il en existe un beaucoup plus considérable que les autres et qui cause tous les accidents. On pratique ordinairement la ponction sur la partie antérieure de la tumeur. La percussion devra être employée pour s'assurer qu'une matité complète existe dans le point que l'on veut ponctionner, et qu'il n'y a pas de danger d'intéresser un autre organe que l'ovaire malade.

Après la ponction, le kyste se remplit de nouveau, et souvent avec une grande rapidité. On a cité des cas où cette opération a été renouvelée jusqu'à quatre-vingts fois et plus.

La ponction n'est pas toujours sans danger. Elle a produit parfois un *épanchement péritonéal*, suivi de péritonite suraiguë promptement mortelle; d'autres fois il y a eu une *hémorrhagie interne* qui a emporté la malade; quelquefois enfin la mort est survenue peu de jours après une ponction, par suite d'une inflammation du kyste. Lorsque la matière contenue est trop épaisse, la ponction du kyste est pratiquée inutilement.

La *ponction par le vagin* a été quelquefois pratiquée. Elle est beaucoup plus dangereuse; et, d'après les cas que nous connaissons, on doit y renoncer, à moins de circonstances toutes particulières.

2° *Ponction et injections.* On trouve dans les auteurs plusieurs exemples d'injections pratiquées avec divers liquides (*gros vin*, *eau aiguisée avec de l'alcool*, etc.), après avoir vidé le kyste à l'aide d'une ponction. On a proposé, dans ces derniers temps, les *injections iodées.* Il faut dire, avec Lisfranc que, dans les faits rapportés, lors de la discussion, à l'Académie de médecine (3), sur ce sujet, il se trouve beaucoup de revers et peu de succès. Or, comme dans les cas où ces opérations sont pratiquées, la maladie ne menace pas actuellement les jours de la

(1) Voy. *Aménorrhée.*
(2) Voy. Velpeau, *Nouv. élém. de méd. opératoire.* Paris, 1839, t. IV, p. 19.
(3) *Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1846, t. XI, p. 289 et suiv.

malade, et que le traitement palliatif suffit pour la faire vivre, sans trop d'incommodités, pendant plusieurs années, un médecin prudent doit, jusqu'à ce que les faits encourageants s'accumulent, redouter cette opération. C'est donc comme simple renseignement que je cite le fait suivant : M. le docteur Alison (1) a obtenu une guérison d'un kyste de l'ovaire par les *injections iodées*. Ce cas est surtout remarquable en ce que l'incision et l'introduction d'une tente ayant été pratiquées, il survenait du marasme et la fièvre hectique, et que dès qu'on employa les injections iodées il y eut une amélioration rapide qui ne se démentit pas jusqu'à la guérison. Dans ces derniers temps M. Boinet a également cité des faits qui tendent à remettre en honneur ces injections, et dont quelques uns sont très remarquables.

3° *Incision ; extirpation.* Je réunis à dessein ces deux opérations, parce que je veux me borner ici à une appréciation rapide de leurs avantages et de leurs inconvénients, d'après les chirurgiens qui s'en sont le plus occupés, et surtout d'après M. Velpeau, qui a étudié attentivement les faits. Il n'est pas douteux que par ces opérations on ne soit parvenu à guérir complétement plusieurs malades. Mais, d'un autre côté, il est, et sans doute nous sommes loin de connaître tous les faits malheureux, un assez bon nombre de sujets que l'opération a tués. En outre, l'extirpation de la tumeur offre souvent des difficultés imprévues; parfois même on ne réussit pas à trouver l'ovaire malade. En présence de ces faits, il n'est aucun chirurgien qui ait osé poser en principe de pratiquer soit l'incision, soit l'extirpation. Cependant il faut reconnaître que les cas de succès sont nombreux et méritent considération. M. le docteur A. Chereau (2) a réuni dans un mémoire intéressant tous les cas de guérison radicale obtenus par l'*ovariotomie*. Le résultat est, au premier abord, avantageux; car, sur 83 cas, il y a eu 42 guérisons radicales et 27 morts imputables à l'opération. Mais reste à savoir si dans ces 27 cas de mort il n'en est pas quelques uns où l'on a abrégé de beaucoup une existence très supportable.

ARTICLE III.

DÉGÉNÉRESCENCES DIVERSES.

Je ne veux présenter ici qu'une simple énumération, parce que, bien qu'intéressantes sous d'autres rapports, les lésions dont il s'agit n'ont qu'une importance très secondaire pour le praticien.

On a trouvé dans les ovaires la *dégénérescence cancéreuse*, dont les symptômes ne paraissent pas différer sensiblement, du moins d'après les faits que nous connaissons, de ceux des kystes multiloculaires; des *tubercules*, qui, d'après les recherches de M. Louis (3), se rencontrent rarement ; la *mélanose ;* l'*ossification ;* la *cartilaginification ;* des *productions calcaires ;* des *corps fibreux*. Pendant la vie, on peut soupçonner, d'après la consistance, les tumeurs osseuses ou cartilagineuses ; mais le plus souvent on ne peut arriver à aucun autre diagnostic qu'à constater une tumeur de l'ovaire, et ce n'est qu'à l'autopsie qu'on en reconnaît la nature.

(1) *Philadelph. Examiner* et *Bull. gén. de thér.*, 30 janvier 1849.
(2) *Union médicale*, 7 août 1847 et numéros suiv.
(3) *Rech. sur la phthisie*, 2ᵉ édit. Paris, 1843, p. 142.

Il me reste maintenant, pour compléter l'histoire des maladies qui occupent les organes génito-urinaires, à traiter des tumeurs inflammatoires qui se forment dans le petit bassin et les fosses iliaques, et dont un grand nombre ont un rapport direct avec les affections des organes génitaux de la femme, ou même ont leur siége primitif dans ces organes ou leurs annexes. Je placerai, en conséquence, ces tumeurs inflammatoires dans un *appendice* aux maladies des voies génito-urinaires, quoique dans un certain nombre de cas la source du mal soit dans d'autres organes contenus dans l'abdomen.

APPENDICE.

TUMEURS INFLAMMATOIRES DU PETIT BASSIN ET DES FOSSES ILIAQUES.

L'inflammation du tissu cellulaire qui environne les organes de la génération, leurs annexes et les portions d'intestin contenues dans le bassin et les fosses iliaques, occasionne, quelle que soit la cause qui la produise, une tumeur ordinairement accessible à nos moyens d'exploration, et se termine le plus souvent par suppuration. C'est cette inflammation que je me propose d'étudier ici comme une maladie particulière, distincte, ayant sa place à part dans le cadre nosologique. Je n'ignore pas néanmoins que si l'on a égard aux siéges nombreux et très différents qu'elle occupe, ainsi qu'aux circonstances dans lesquelles elle se produit, on sera plutôt porté à ne la considérer que comme un résultat d'affections très diverses. Mais nous devons faire ici ce que nous avons fait déjà pour d'autres états morbides qui, bien que consécutifs, avaient une importance pratique beaucoup trop grande pour ne pas être traités à part avec toute l'extension nécessaire ; c'est ce que nous avons fait en particulier pour l'*œdème de la glotte*.

CIRCONSTANCES PRINCIPALES DANS LESQUELLES SE PRODUISENT CES TUMEURS.

Je signalerai d'abord les *ulcérations du cæcum* qui ont lieu, soit par suite d'une dégénérescence cancéreuse limitée, ce qui est très rare, soit par suite d'une inflammation ulcérative, dont les docteurs J. Burne (1), Albers (2) et d'autres auteurs nous ont rapporté des exemples. La perforation qui résulte de cette inflammation, à laquelle Albers donne le nom de *typhlite*, est moins fréquente si l'on s'en rapporte du moins aux cas connus, que la *perforation* et la *gangrène de l'appendice iléo-cæcal*, qui a également pour résultat de produire, soit une *péritonite* dont nous ne nous occupons pas ici, soit une des tumeurs inflammatoires qui font le sujet de cet article.

Sauf ces cas de lésion de l'appendice cæcal et du cæcum lui-même, on peut dire que généralement les tumeurs inflammatoires des fosses iliaques et du petit bassin se manifestent chez les femmes en couches.

Le *siége primitif du mal* est, en pareil cas, très variable, ainsi qu'on en peut juger par le résultat des recherches de M. Bourdon (3). Cet auteur divise les tumeurs en trois classes, dont les deux premières nous intéressent seules ; car dans les autres, il s'agit d'abcès siégeant dans l'épaisseur même des organes. Dans la première classe, l'auteur place les *tumeurs inflammatoires intra-péritonéales :* ce

(1) *Westminster hosp. reports*, 1838.
(2) *Histoire de l'inflam. du cæcum* (*l'Expérience*, 1839).
(3) *Des tumeurs fluct. du petit bassin*, etc. (*Revue méd.*, juillet, août et septembre 1841).

sont des abcès circonscrits par des fausses membranes, occasionnés par une inflammation de l'utérus ou de ses annexes, et situés entre les organes contenus dans le petit bassin ou dans ces organes mêmes. Dans la seconde classe, mettant à part les collections séreuses dont parle M. Bourdon, et qui ne nous occupent pas ici, se trouvent les *tumeurs produites par l'inflammation du tissu cellulaire* qui se trouve en abondance dans le grand et le petit bassin.

Quelle que soit la cause de cette inflammation, qu'elle soit due à l'extension d'une inflammation voisine (métrite, ovarite, inflammation de la capsule synoviale de la branche du pubis), ou même à un bubon, d'après M. Velpeau; ou bien qu'elle se soit développée primitivement (inflammation des ligaments larges, du tissu cellulaire de la fosse iliaque chez les femmes en couches); ou enfin qu'elle ait pour cause la perforation d'une cavité qui se vide dans le tissu cellulaire pelvien (ouverture d'un abcès dans le tissu cellulaire pelvien, infiltration urineuse, stercorale, etc.), elle a toujours pour résultat de produire une *tumeur* dont la position peut varier un peu, mais dont les différents exemples présentent aussi des caractères communs qui ne sauraient être méconnus. M. Grisolle, qui a étudié avec soin la plupart des espèces de tumeurs dont il s'agit ici (1), ne croit pas que l'inflammation phlegmoneuse des ligaments larges soit aussi fréquente que le pensent les auteurs qui ont écrit sur ce sujet. Mais comment expliquer, dans cette manière de voir, la grande fréquence des abcès de la fosse iliaque chez les femmes en couches? M. Grisolle a malheureusement oublié, en exposant l'anatomie pathologique de l'affection, de décrire à part les cas observés chez les femmes en couches, afin d'indiquer avec soin l'état des ligaments larges. Nous savons aujourd'hui qu'un bon nombre d'abcès viennent faire saillie à la partie supérieure du vagin, et se vident même par cette voie; or on conçoit difficilement qu'il en soit si souvent ainsi si les ligaments larges ne sont pas assez fréquemment enflammés.

Telles sont donc les conditions dans lesquelles se développent les tumeurs inflammatoires dont nous nous occupons. Maintenant indiquons la manière dont se produisent les principales espèces, puis nous exposerons l'histoire générale de la maladie. Il est bien entendu que nous ne nous occupons pas ici des inflammations anté et rétro-utérines, puisque nous en avons donné l'histoire détaillée plus haut.

TUMEURS INFLAMMATOIRES CAUSÉES PAR LA PERFORATION DU CŒCUM OU DE L'APPENDICE CŒCAL.

Dans le plus grand nombre des cas, du moins si l'on s'en rapporte aux observations citées par Wegeler (2), par MM. Malespine, Merling, Ilif (3), etc., la lésion de l'appendice cœcal, qui a été la cause de la maladie, est due à la présence d'un *corps étranger*. Ce sont des *pepins de melon*, un *haricot*, des *calculs* presque entièrement formés de cholestérine (4), des *calculs stercoraux*, et même une simple accumulation de matières fécales endurcies (Merling).

Dans un cas emprunté à la thèse de M. Maisonneuve, et rapporté par M. Bo-

(1) *Hist. des tum. phleg. des fosses iliaq.* (*Arch. gén. de méd.*, 2e série, 1839, t. IV, p. 34, 137, 296).
(2) *Hist. ent. malig. et sing. calcul. concrementi* (*Journ. de méd. de Corvisart*, t. XXVIII).
(3) *Lond. med. and surg. Journ*, avril 1822.
(4) J. Copland, *App. à la trad. de la Phys. de Richerand*, 1829.

dart (1), la *constipation*, en interceptant la circulation dans les parois intestinales, détermina la gangrène et la perforation du cœcum, et par suite une péritonite mortelle.

Le même auteur cite un fait observé par M. Becquerel chez un enfant de sept ans qui mourut subitement après n'avoir présenté pendant la vie que des traces d'une inflammation de médiocre intensité. A l'autopsie on trouva cinq *ascarides lombricoïdes* étendus et placés sous le mésentère en bas et à droite. L'appendice iléo-cœcal présentait à son extrémité une ouverture arrondie étranglant complétement deux ascarides, l'un sorti au tiers, l'autre aux deux tiers.

Enfin, selon le docteur Bodart, le cœcum paraît être le siége de prédilection de certaines perforations dues le plus souvent à une *lésion organique du gros intestin* dont elles sont le dernier phénomène, ou au *phlegmon de la fosse iliaque ;* dans le premier cas elles ont lieu de dedans en dehors ; c'est le contraire dans le second. L'appendice cœcal en est parfois le siége, et ce médecin cite six observations dans lesquelles cet accident survint et amena une péritonite rapidement mortelle.

Dans certaines circonstances néanmoins, on voit la lésion de l'appendice cœcal survenir sans cause appréciable : tels sont les cas placés par M. Merling dans sa septième section. C'est surtout alors qu'on observe la *gangrène* de cet appendice ; mais aussi quelquefois on rencontre une simple perforation, ou bien une séparation d'une partie de l'appendice ou de sa totalité, de manière qu'on le trouve nageant dans le foyer, ou qu'il s'échappe par l'intestin, comme je l'ai observé dans un cas dont je parlerai plus tard.

Quant à la manière dont se produit la *perforation du cœcum* lui-même, nous avons des renseignements beaucoup moins précis. Le docteur Albers attribue à l'accumulation et à l'endurcissement des matières fécales dans le cœcum l'inflammation, et parfois l'ulcération de cet organe. Les faits que nous possédons sur ce point sont trop insuffisants pour qu'on puisse résoudre la question, du moins quant à l'ulcération. Ce qu'il y a de certain, c'est que, dans quelques cas, on trouve dans le cœcum une ou plusieurs perforations sans qu'on puisse les attribuer à l'accumulation et à l'endurcissement des matières fécales, et sans qu'il soit permis de leur assigner aucune autre cause connue.

Le *retrécissement du colon*, dans 4 cas cités par le docteur Bodart (2), amena une perforation du cœcum et par suite une péritonite mortelle.

Les *symptômes précurseurs* auxquels donnent lieu ces lésions soit du cœcum, soit de l'appendice iléo-cœcal, sont des plus vagues. Dans la plupart des cas, les sujets se sont plaints d'un *malaise léger*, avec *diminution de l'appétit* et un peu de *sensibilité du bas-ventre*, mais sans se croire réellement malades.

Enfin, il survient *tout à coup* une douleur vive dans la fosse iliaque droite ; cette douleur ne s'irradie pas très loin ; elle force le malade à s'arrêter, à se coucher ; les traits s'altèrent, le pouls se concentre, il y a une vive anxiété, et bientôt la tumeur inflammatoire est manifeste.

Mais est-il possible de dire, d'une manière très précise, s'il s'agit d'une perfora-

(1) *Des perforations du cœcum et de l'appendice iléo-cœcal*, thèse. Paris, 1844.
(2) *Loc. cit.*



tion du cœcum ou de l'appendice ? En consultant les faits, on voit bientôt qu'on ne le peut pas. L'observation nous a, en effet, prouvé que la perforation de l'appendice cœcal peut se faire dans le tissu cellulaire post-péritonéal aussi bien que dans la cavité du péritoine elle-même ; et voici comment les choses se passent :

L'appendice, primitivement enflammé, contracte des adhérences avec le péritoine qui tapisse la fosse iliaque ; puis, dans le lieu de l'adhérence, l'ulcération augmente jusqu'à ce qu'elle ait perforé non seulement les tuniques de l'appendice, mais encore le feuillet péritonéal auquel adhère ce diverticulum, et que la matière qu'il contient tombe dans le tissu cellulaire iliaque. Or cette perforation donne lieu aux mêmes symptômes que celle du cœcum ; de sorte que, à la rigueur, la proposition précédente ne peut être contestée. Cependant il résulte des observations que nous possédons, que la perforation ou la gangrène survenue sans lésion antérieure du cœcum appréciable par nos moyens d'examen a presque toujours son siége dans l'appendice, et par conséquent, lorsque chez un sujet n'ayant présenté que les légers symptômes signalés plus haut, on verra apparaître la *douleur subite qui marque le début de la tumeur inflammatoire*, avec altération des traits, etc., c'est à une lésion de l'appendice qu'on sera porté à attribuer ces accidents. Au reste, ce diagnostic n'a qu'une importance très secondaire, car la connaissance du point précis où le mal a commencé ne pourrait changer en rien la conduite du médecin.

TUMEURS DUES A UNE INFLAMMATION DU TISSU CELLULAIRE DU BASSIN, PAR SUITE DE LA PERFORATION D'UNE CAVITÉ NATURELLE OU ARTIFICIELLE CONTENANT UN LIQUIDE.

Avant la perforation, le médecin a observé les signes d'une affection siégeant dans un organe creux (vessie, intestin), ou ayant donné lieu à une accumulation de liquide dans une cavité accidentelle (abcès des organes contenus dans le bassin ; kystes de l'ovaire) ; puis *tout à coup* surviennent des symptômes semblables à ceux qui ont été décrits dans le paragraphe précédent, le siége seul étant différent : alors la tumeur inflammatoire existe.

TUMEURS DUES A L'EXTENSION D'UNE INFLAMMATION D'UN ORGANE AU TISSU CELLULAIRE DU PETIT BASSIN OU DE LA FOSSE ILIAQUE.

En pareil cas, l'inflammation primitive de l'organe (métrite ; ovarite ; bubon, etc.) a donné lieu à des symptômes bien connus, auxquels viennent se joindre *avec plus ou moins de rapidité, mais non brusquement*, ceux de l'inflammation du tissu cellulaire environnant.

TUMEURS DUES A UNE INFLAMMATION PRIMITIVE DU TISSU CELLULAIRE DU PETIT BASSIN OU DE LA FOSSE ILIAQUE.

§ I. — Définition.

Ce sont ces tumeurs qui se développent principalement chez les femmes en couches. Ce qu'il y a de remarquable en pareil cas, c'est que, comme dans la *métrite post-puerpérale*, l'affection ne se développe que quelques jours après l'accouche-

ment. C'est, ainsi que l'a constaté M. Grisolle, seulement du troisième au dixième jour après l'accouchement que ces tumeurs commencent à se manifester ; dans un petit nombre de cas même, elles n'apparaissent que plus tard. Elles n'ont pas le début subit des tumeurs dues à une perforation.

§ II. — Causes.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil général sur les causes de ces tumeurs, nous avons à examiner les *causes prédisposantes* et les *causes occasionnelles*, comme dans les autres maladies. Sous ce rapport, le travail de M. Grisolle nous offre les meilleurs documents.

1° Causes prédisposantes.

C'est de vingt à trente ans que se développent le plus souvent les tumeurs dont il s'agit (plus de la moitié des cas) ; vient ensuite la période de trente à quarante ans (un quart), puis celle de onze à vingt ans, et enfin celle de quarante à soixante.

Le *sexe* a également une influence très marquée, si l'on fait abstraction de l'état puerpéral ; les tumeurs inflammatoires sont en effet, en pareil cas, plus de quatre fois plus fréquentes *chez l'homme*. D'après les faits rassemblés par M. Grisolle, l'état puerpéral ne rétablirait même pas l'équilibre ; car en comprenant toutes les conditions précédemment indiquées, on observe la maladie quarante-six fois chez l'homme et vingt-sept fois seulement chez la femme. Ces chiffres sont-ils suffisants ? En supposant même que les observations eussent été prises avec la plus grande attention sur un nombre donné de sujets, on pourrait en douter ; mais on croira bien moins encore la question résolue, si l'on considère que, dans beaucoup de cas, des abcès du bassin, chez les femmes en couches, peuvent passer inaperçus, et que plusieurs des auteurs à qui l'on a emprunté ces observations n'ont pu voir qu'un très petit nombre de femmes dans cette condition. Les médecins qui se sont trouvés mieux placés, et qui ont apporté un grand soin dans l'exploration, ont au contraire constaté que ces affections se montrent particulièrement à la suite de l'accouchement. M. Fauvel a pu, en deux années, recueillir à l'Hôtel-Dieu, chez des femmes, une vingtaine de cas d'abcès du petit bassin, dont un bon nombre auraient pu passer inaperçus, sans une exploration des plus attentives. Dans l'article consacré aux *phlegmons péri-utérins*, j'en ai cité moi-même des exemples. Je reviendrai sur ces faits, à propos de la gravité de la maladie.

D'après les cas rassemblés par M. Grisolle, les *primipares* seraient plus exposées que les autres accouchées à l'affection dont il s'agit. Ce fait avait déjà été constaté par M. Piotay.

Ces tumeurs ont été trouvées plus souvent à *droite* qu'à gauche, ce qui tient sans doute à l'influence du cœcum sur la maladie ; car si l'on ne considère que les tumeurs des femmes en couches, on les trouve plus souvent à *gauche* qu'à droite.

La *constipation* est, d'après quelques auteurs, une cause prédisposante digne d'attention. Nous avons vu plus haut ce qu'on a dit de l'irritation produite par l'accumulation des matières fécales dans le cœcum, sur les parois de cet intestin.

Je ne parle ni des *saisons*, ni du *climat*, ni de la *nourriture*, ni des *professions*, parce qu'on ne sait rien de positif à cet égard.

2° Causes occasionnelles.

Nous avons vu plus haut que les lésions de l'appendice du cœcum et du cœcum lui-même peuvent être produites par la présence de *corps étrangers*, et que c'est là, dans un certain nombre de cas, la cause primitive de toute la maladie ; mais la vraie cause occasionnelle de l'affection qui nous occupe est, en pareille circonstance, la *perforation.* On a cité des cas où un coup, une *chute sur le ventre*, une *violence extérieure* quelconque, ont donné lieu aux tumeurs inflammatoires dont il s'agit.

On a admis, comme causes occasionnelles, l'*action du froid*, les *écarts de régime*, un *excès* quelconque, les malades étant placés sous l'influence des causes prédisposantes que nous avons indiquées. Mais le degré d'action de ces dernières causes est loin d'être rigoureusement déterminé. Enfin il est un certain nombre de cas où l'on ne peut pas découvrir de cause occasionnelle, car les violences exercées dans les manœuvres de l'accouchement, la longueur du travail, etc., ont été plutôt admises comme ayant une influence très probable, ce qui ne peut être nié, que comme ayant été mises hors de doute par l'observation.

§ III. — Symptômes.

Une fois la tumeur inflammatoire produite, presque tous les symptômes des diverses espèces sont les mêmes. Le siége seul y apporte des modifications importantes.

La *douleur* est ordinairement vive et se montre dès le début. Cependant, parmi les faits rapportés par M. Grisolle, il en est huit dans lesquels ce symptôme ne s'est montré qu'au bout d'un ou de plusieurs jours, et quatre malades ne l'ont éprouvé que plus tard. La *douleur spontanée* est variable dans son intensité ; chez quelques sujets elle est seulement sourde, gravative ; chez la plupart il se joint à cette douleur continue des douleurs lancinantes, pulsatives, qui s'irradient plus ou moins loin dans l'abdomen, la cuisse correspondante, le périnée. Parfois ces parties ne sont le siége que d'un simple engourdissement. On a remarqué assez souvent que les malades ne rapportaient pas le siége de la douleur au point précis occupé par la tumeur inflammatoire, quelques uns se plaignent d'une douleur dans tout le ventre ou dans l'hypogastre, lorsque la région inguinale est le siége du mal.

La *douleur à la pression* donne des renseignements plus précis encore. Ainsi, dans un point de l'abdomen (la fosse iliaque droite pour les abcès résultant des altérations du cœcum et de son appendice ; l'une des deux fosses iliaques, un point de l'hypogastre pour les autres), on détermine par la palpation une douleur vive, ordinairement intolérable, et qui arrache des plaintes au malade. Les secousses de la toux, les mouvements du tronc, et surtout ceux de la jambe, lorsque l'abcès occupe la fosse iliaque, exaspèrent considérablement la douleur. Aussi les malades tiennent-ils *à demi fléchi le membre inférieur* du côté malade, et redoutent-ils beaucoup les mouvements d'extension qu'on veut lui communiquer.

Dans les premiers temps on trouve, dans le point occupé par l'inflammation, une

tumeur un peu dure, rénitente, sans bosselures, sans battements et sans changement de couleur à la peau. Cette tumeur est d'un volume très variable ; mais en général elle occupe une très grande étendue et remplit toute une fosse iliaque, sans laisser d'intervalle entre elle et l'os des iles. Dans un cas dû à une perforation du cœcum, et pour lequel j'ai été appelé par M. Manec avec d'autres médecins de la Salpêtrière (le malade étant employé dans cette maison pendant que j'y faisais un service), nous trouvâmes toute la fosse iliaque droite et l'hypogastre, jusqu'à la ligne médiane, occupés par une tumeur résistante telle que je viens de la décrire. Dans un autre cas que j'ai observé à la Pitié, et qui s'est montré chez une femme en couches, la tumeur dépassait beaucoup cette ligne médiane, et avait par conséquent un volume énorme.

Cette tumeur est presque toujours *immobile*, et dans les cas où l'on peut lui imprimer des mouvements, ceux-ci sont toujours très bornés.

La *percussion*, pratiquée avec ménagement, donne un son mat dans toute l'étendue de la tumeur, et ce son mat contraste avec le son tympanique rendu par les parties environnantes.

Parfois la maladie, après avoir persisté ainsi pendant un temps variable, mais qui n'est pas fort long, se dissipe peu à peu. On voit d'abord la tumeur devenir moins douloureuse, puis diminuer de volume, et finir par disparaître sans laisser de trace, ou ne laisser qu'un petit noyau dur et indolent, qui disparaît lui-même au bout d'un temps plus ou moins long.

Mais le plus souvent les choses se passent autrement, la tumeur *suppure*, et de là des symptômes nouveaux.

Les *signes généraux* qui indiquent la *formation du pus* ne se montrent pas, à beaucoup près, dans tous les cas, ou du moins on ne les a notés, d'après les faits rassemblés par M. Grisolle, que chez un tiers des sujets. Ce sont, comme on sait, des *frissons irréguliers*, une *exacerbation de la fièvre* le soir, des *sueurs générales*, surtout pendant le sommeil.

Les *signes locaux* sont le ramollissement de la tumeur, la *fluctuation*, la *rougeur* de la peau *lorsque le pus a de la tendance à se porter à l'extérieur*, et, dans le même cas, une saillie en pointe d'une des parties de la tumeur. Quelquefois même, comme dans un cas que j'ai observé en 1846 à l'Hôtel-Dieu annexe, on voit la peau s'amincir en divers endroits et des saillies se former sur plusieurs points de la tumeur.

Dans un certain nombre de cas qu'il n'est pas encore possible de déterminer, les signes locaux de la suppuration se font remarquer *à la fois du côté de l'hypogastre et dans le vagin*. En portant le doigt dans le conduit, on sent, en effet, une fluctuation plus ou moins manifeste, et parfois même une saillie fluctuante qui descend jusqu'au milieu du vagin. J'ai entendu M. Barth citer un fait de ce genre à la Société médicale d'observation. D'autres fois la tumeur, au lieu de conserver son volume en devenant fluctuante, s'affaisse plus ou moins promptement, et alors encore on peut sentir, dans quelques cas, la *fluctuation dans le vagin*. On voit par là combien il est important de pratiquer le *toucher vaginal* dans tous les cas de tumeur inflammatoire du bassin.

Suivant M. Grisolle, la suppuration serait plus longtemps à s'établir dans ces tumeurs que dans les autres tumeurs inflammatoires qui ont leur siége dans le tissu cellulaire. Mais je crois qu'il faut seulement entendre par là que la fluctuation

devient moins promptement appréciable, ce qui s'explique par la profondeur de l'abcès. Ainsi, dans les cas où il y a une perforation d'un organe qui verse dans le tissu cellulaire environnant un liquide septique, on ne peut douter que la suppuration ne se produise très promptement; et néanmoins, dans le cas cité plus haut, la fluctuation, comme j'ai pu m'en convaincre, ne s'est jamais montrée d'une manière sensible. Or on verra que l'existence d'un abcès n'a pas été douteuse, quoique le malade ait guéri.

Dans d'autres circonstances, *la maladie semble vouloir se terminer par résolution ;* mais la tumeur ne se dissipe qu'imparfaitement: elle est encore dure, un peu douloureuse, reste ainsi pendant un temps très long, et finit ensuite par disparaître rapidement. J'ai vu à l'Hôtel-Dieu annexe un cas de ce genre. La malade, récemment accouchée, avait présenté tous les symptômes d'un phlegmon de la fosse iliaque; au bout de quelques semaines, la douleur se calma un peu, la tumeur diminua et durcit beaucoup, sans avoir présenté de fluctuation. La malade resta ainsi plus de trois mois, ne pouvant pas se lever, parce que les mouvements du membre inférieur causaient de la douleur dans le point malade. Au bout de ce temps, je constatai, du jour au lendemain, une diminution de plus d'un tiers dans le volume de la tumeur, et en même temps l'écoulement d'un pus blanc, épais, bien lié, par le vagin, dont les parois étaient rouges et granulées. L'exploration la plus attentive ne put néanmoins faire découvrir dans ce conduit ni tumeur fluctuante, ni pertuis; mais tout porte à croire qu'il existait une petite ouverture par laquelle s'écoulait le pus, car, à dater de ce moment, la tumeur alla rapidement en diminuant, et la malade fut promptement guérie d'une affection qui durait depuis près de cinq mois. Il n'y avait eu, dans ce cas, aucun signe local de suppuration, pas même l'empâtement des téguments.

Les *symptômes généraux* qui accompagnent ces tumeurs inflammatoires sont en général assez intenses. Dans les cas où il y a une perforation, ils sont très violents dès le début. La *fièvre s'allume*, le pouls est très fréquent, ordinairement petit, serré; il y a souvent du frisson, du froid des extrémités, suivi ensuite d'une chaleur élevée. L'*anxiété* est grande; les douleurs empêchent le malade de dormir; les traits sont altérés. Du côté du *tube digestif*, on a observé quelquefois des *vomissements bilieux*, des *vomituritions*, une *soif vive*, une *constipation* qu'il n'est pas cependant difficile de vaincre dans la plupart des cas.

Lorsque l'affection se développe à la suite de l'inflammation d'un organe pelvien, les symptômes généraux préexistants augmentent seulement de violence, et lorsque la tumeur inflammatoire se produit primitivement dans le tissu cellulaire de cette région, le mal, qui se manifeste d'abord par des symptômes locaux, allant toujours en augmentant, la *fièvre* s'allume et prend souvent une intensité aussi grande que dans les cas que j'ai cités les premiers. La *constipation* est remarquable, surtout lorsque la tumeur occupe la fosse iliaque gauche ou une partie plus centrale du petit bassin.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est presque toujours rapide dans les premiers temps. Puis, ainsi que nous l'avons vu plus haut, elle peut rester stationnaire plus ou moins longtemps, et enfin nous allons voir, en parlant des terminaisons, point des

plus importants dans l'histoire des tumeurs inflammatoires du bassin, que les choses se passent très différemment, suivant que la maladie se termine de telle ou telle manière.

La *durée* de la maladie, par suite également de la grande différence des terminaisons, est fort variable. On peut dire néanmoins, d'une manière générale, qu'elle est assez considérable. Les cas où la maladie se termine par résolution sont ceux dont la durée est la plus courte, et néanmoins les femmes ne sont pas parfaitement rétablies avant deux ou trois semaines. La perforation de l'abcès et le passage du pus dans le péritoine abrége la durée de la maladie, en produisant une péritonite promptement mortelle. Dans tous les autres cas, il faut un ou plusieurs mois pour que la maladie soit terminée.

Terminaisons. Nous avons vu plus haut que la *terminaison* par résolution est la plus rare, et que la tumeur suppure ordinairement. Or, lorsque la tumeur a suppuré, la maladie se termine de diverses manières, qui toutes ont la plus grande importance.

L'*évacuation du pus* peut avoir lieu par plusieurs voies. Ainsi l'*abcès s'ouvre dans l'intestin :* soit dans le cœcum, soit dans l'S iliaque. L'affaissement de la tumeur et la présence du pus dans les selles sont les signes auxquels on reconnaît le passage du pus dans l'intestin. Une diarrhée plus ou moins abondante, avec coliques, quelquefois ténesme, prouve que, en pareil cas, le passage du pus dans le tube intestinal a produit une entérite d'une certaine intensité.

Dans d'autres cas, *le pus se fraie un passage à travers les parois abdominales.* La tumeur devient de plus en plus saillante, la fluctuation est chaque jour plus évidente, la peau s'empâte, rougit, s'amincit, et, si une incision ne donne pas issue au pus, il se forme une ou plusieurs ouvertures spontanées par lesquelles l'abcès se vide. On a vu quelquefois le pus fuser assez loin, et l'abcès s'ouvrir à une plus ou moins grande distance de la fosse iliaque.

D'autres fois il se fait une ou plusieurs ouvertures *dans le canal intestinal et à la peau en même temps.* En pareil cas, aux signes précédents se joignent la fétidité du pus, sa coloration en jaune ou en brun, son aspect mal lié, et la présence de gaz sous forme de bulles qui viennent crever à l'ouverture de la peau.

On a cité *des cas où le pus s'est échappé en partie par la vessie ;* dans l'un d'eux, rapporté par M. Jonhson (1), et cité par M. Grisolle, il y eut envies fréquentes d'uriner, dysurie et même hématurie. Dans les autres on n'a noté rien de semblable.

M. le docteur Battersby (2) a rapporté un cas très curieux d'abcès iliaque ouvert d'abord dans la vessie, puis à la région lombaire. Malgré cette double ouverture, le malade, qui était un enfant de six mois, fut complétement guéri au bout de quelques mois.

Il arrive aussi que *le pus peut sortir par une perforation de l'utérus ;* mais les cas de ce genre sont rares et ne présentent pas d'autres signes que l'ouverture de l'abcès dans le vagin.

Cette *ouverture de l'abcès dans le vagin* est fréquente, d'après les faits observés,

(1) *The med.-chir. Rev.*, 1836.
(2) *Dublin quart. journ. of med.*, mai 1841.

et même tout porte à croire qu'elle est plus fréquente qu'on ne le pense généralement, parce qu'il faut pour la reconnaître plus d'attention qu'on n'en apporte ordinairement dans l'examen des faits. L'affaissement de la tumeur, un écoulement abondant de matière purulente, épaisse, survenant rapidement, sont les signes auxquels on reconnaît cette terminaison. Dans quelques cas, on a pu découvrir un point fluctuant du vagin avant la perforation; dans d'autres, on a vu le pus sourdre par l'ouverture accidentelle; mais ces cas sont les plus rares. Cette terminaison peut se faire très longtemps attendre, ainsi que j'en ai vu un exemple que j'ai mentionné plus haut. Dans un cas rapporté par M. Perrochaud (1), l'introduction du spéculum produisit la rupture de l'extrémité supérieure du vagin et l'écoulement du pus contenu dans la tumeur. M. Bourdon (*loc. cit.*) a rapporté plusieurs faits dans lesquels l'abcès a été vidé par cette voie, à l'aide de l'instrument tranchant.

La terminaison la plus terrible est la *rupture de l'abcès dans le péritoine*. On l'observe plus particulièrement dans les abcès qui ont pour point de départ une lésion du cœcum ou de son appendice. En pareil cas, après avoir suivi toutes les périodes de la suppuration, on voit apparaître *tout à coup* une douleur excessive dans un point voisin de la tumeur; cette douleur *se propage rapidement à tout l'abdomen*, et la maladie présente les symptômes de la *péritonite suraiguë*, que je n'ai pas à décrire ici.

Dans des cas rares, on a vu la péritonite générale se produire sans perforation, par *simple extension de l'inflammation au péritoine voisin* du foyer purulent.

Lorsque le pus s'est frayé une issue au dehors, la maladie ne saurait être regardée comme terminée heureusement, loin de là. Les accidents indiqués plus haut peuvent se prolonger longtemps, la suppuration persiste, reste abondante, et les malades succombent souvent dans le dernier degré de marasme.

Dans quelques cas, la *gangrène* s'empare des parois du foyer, et presque toujours alors la terminaison est funeste. Dans quelques uns d'entre eux, des lambeaux gangrenés peuvent être expulsés par la voie que s'est frayée le pus. M. Burne en a cité un exemple. Dans le cas que j'ai *indiqué* plus haut, et qui avait pour sujet un employé de la Salpêtrière, on constata un fait assez curieux pour être mentionné ici. Au bout de quelques jours de phénomènes très graves, du pus parut dans les selles, et au milieu du liquide l'*appendice du cœcum tout entier*, coupé circulairement à sa base, et présentant dans son milieu une petite ulcération ronde. M. Manec a conservé la pièce, qu'on ne peut méconnaître pour l'appendice cœcal. Dès que cette partie fut évacuée, le mieux se manifesta, et le malade s'est parfaitement rétabli.

Après la guérison, il reste dans l'endroit qu'occupait la tumeur un point d'induration qui se dissipe ensuite peu à peu. Chez quelques malades, un œdème parfois très persistant se montre dans le membre inférieur du côté affecté; l'oblitération plus ou moins complète de la veine iliaque en est, sans doute, la cause.

§ V. — Lésions anatomiques.

Quoique les lésions anatomiques que laissent après elles les tumeurs inflamma-

(1) Voy. Grisolle, *loc. cit.*



toires aient un très grand intérêt, je ne ferai qu'indiquer ici ce qu'il est nécessaire que le praticien connaisse.

On trouve, soit dans le fond de la fosse iliaque, soit dans les ligaments larges, soit entre l'utérus et le rectum ou l'utérus et la vessie, un foyer purulent, dont l'aspect varie suivant une multitude de circonstances. La maladie a-t-elle été causée par la perforation du cœcum, on voit dans la fosse iliaque droite un vaste abcès communiquant avec l'intestin par une ouverture plus ou moins grande, à bords noirâtres et coupés plus ou moins irrégulièrement. Quelquefois on trouve plusieurs de ces perforations; d'autres fois, au contraire, c'est de dehors en dedans que la perforation a eu lieu, et l'abcès primitivement formé s'est vidé dans l'intestin. Dans l'un et l'autre de ces cas, les parois du foyer sont formées par du tissu cellulaire plus ou moins épaissi, dont les lambeaux sont gangrenés, et le liquide qu'elles contiennent est brunâtre, fétide. Parfois la perforation s'étant faite du côté du péritoine, on voit un abcès résultant de l'accumulation du pus retenu dans un point de cette cavité par des fausses membranes promptement formées.

Dans les autres cas, on trouve les organes avoisinant l'abcès, ainsi que les vaisseaux et les nerfs qui le traversent, dénudés, ramollis, gangrenés, et le liquide purulent tantôt blanc, tantôt brunâtre, et plus ou moins sanieux. On a suivi des fusées de pus jusque vers la hanche.

Lorsque la maladie est due à la perforation ou à la gangrène de l'appendice cœcal, on trouve ce diverticulum ramolli, noirâtre, ulcéré, en partie détruit, quelquefois entièrement séparé et nageant dans le pus. Dans un cas cité par M. Merling, il était rempli, comme un boudin, de matières fécales endurcies. Dans d'autres, comme je l'ai dit plus haut, on y trouva des corps étrangers. Chez un sujet, il offrait de petites tumeurs squirrheuses.

Enfin, lorsque l'épanchement s'est fait dans le péritoine, on voit, outre les lésions propres à la péritonite suraiguë, une accumulation de pus fétide, des gaz également fétides, un liquide ayant l'odeur fécale, etc. Quelquefois on a trouvé dans les parois de l'abcès la perforation qui a fait communiquer sa cavité avec celle du péritoine.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Sans présenter de très grandes difficultés, le diagnostic exige une assez grande attention; car il est plusieurs maladies qui peuvent être confondues avec celle dont nous nous occupons ici.

« De toutes les maladies dont les fosses iliaques sont le siége, les *tumeurs stercorales*, dit M. Grisolle, sont celles qu'on confond le plus souvent avec les inflammations phlegmoneuses. » Mais, ainsi que le fait remarquer cet auteur, il suffit d'un peu d'attention pour éviter l'erreur. Les tumeurs inflammatoires sont unies à leur surface, les tumeurs stercorales sont bosselées. On peut parfois dans celles-ci, faire cheminer les matières dans l'intestin; elles se sont développées sans fièvre, à la suite d'une constipation opiniâtre. Dans les tumeurs inflammatoires, au contraire, il y a immobilité de la partie tuméfiée, la fièvre existe, et la constipation est la conséquence de la maladie. Il y a d'ailleurs ordinairement une grande différence dans la douleur, qui est beaucoup plus vive dans les tumeurs inflammatoires. Lorsque la fluctuation survient, les doutes, s'il en existait, sont promptement dissi-

pés. On comprend en outre que ces doutes ne pourraient pas s'élever dans tous les cas : dans ceux, par exemple, où, par suite d'une perforation, la douleur apparaît tout à coup et est promptement suivie de la tuméfaction.

Les *tumeurs cancéreuses* de la fosse iliaque peuvent-elles être prises pour un phlegmon? La marche de la maladie empêchera de tomber dans cette méprise. La même réflexion s'applique au diagnostic entre les tumeurs inflammatoires et les *kystes de l'ovaire.*

Quant à l'*ovarite aiguë*, le diagnostic, ainsi que nous l'avons vu dans un des articles précédents, est plus difficile, surtout au commencement. Je renvoie à cet article pour les détails.

Pour distinguer un *abcès du rein* d'un abcès du tissu cellulaire du bassin, il ne faut pas seulement avoir égard à la position, car l'organe peut être déplacé; mais on doit observer les troubles qui surviennent dans l'excrétion urinaire et les altérations de l'urine (1).

On a vu quelquefois des *péritonites circonscrites* occuper le siége où se montrent ces tumeurs. Mais dans la péritonite circonscrite, la partie saillante et douloureuse est plus ou moins élastique; elle varie d'un moment à l'autre quant aux résultats de la percussion; car, suivant le degré de l'épanchement, et surtout suivant la quantité des gaz emprisonnés dans les anses intestinales, elle est tantôt plus, tantôt moins sonore : or, nous avons vu plus haut que rien de semblable ne s'observe dans les tumeurs inflammatoires du bassin.

Je ne parlerai ni des *abcès du foie* ni des *hernies*, parce que, en réalité, avec un peu d'attention, on n'a pas à craindre de les confondre avec la maladie dont nous nous occupons.

Pronostic. Le pronostic de ces tumeurs inflammatoires est grave, puisque, dans les cas rapportés par M. Grisolle, la mortalité a été de plus d'un quart. Cependant on peut penser que ce chiffre est un peu trop fort, à cause des cas qui, ainsi que je l'ai dit plus haut, peuvent passer inaperçus.

Les tumeurs inflammatoires produites par une perforation intestinale sont, sans contredit, les plus fâcheuses; viennent ensuite les abcès chez les femmes en couches, quelle que soit leur cause.

Parmi les modes de terminaison que je viens d'indiquer, il en est de plus ou moins graves. Suivant les auteurs, la terminaison par perforation intestinale serait la plus favorable; et Dance a surtout insisté sur ce point, parce que quelques cas de ce genre, terminés heureusement, se sont présentés à lui. M. Grisolle, qui a tenu compte d'un beaucoup plus grand nombre de faits, ne partage pas cette opinion. La mort, en effet, dans les observations qu'il a rassemblées, a été au moins aussi fréquente à la suite de l'évacuation du pus par l'intestin qu'après l'évacuation du pus par toute autre voie.

L'évacuation du pus à travers la paroi abdominale s'est montrée un peu plus favorable; mais il n'en a pas été ainsi lorsqu'il y a eu à la fois ouverture au dehors et dans l'intestin. Ce cas est un des plus fâcheux.

La sortie du pus par les voies urinaires est aussi fâcheuse; mais il n'est pas prouvé que, comme la précédente, elle le devienne davantage lorsqu'il existe en même temps une ouverture de la paroi abdominale.

(1) Voy. art. *Néphrite.*

Le passage du pus dans le vagin ne serait pas une terminaison heureuse, d'après les faits cités par M. Grisolle ; cependant le peu d'accidents que détermine le contact de ce liquide sur la muqueuse vaginale, et la déclivité de l'ouverture, font déjà croire le contraire ; et, si l'on pense que, de l'aveu des auteurs eux-mêmes, la sortie du pus par le vagin peut être très facilement méconnue, on admettra difficilement que la gravité de l'expulsion du pus par cette voie soit un fait démontré. D'ailleurs les faits de ce genre rassemblés par M. Grisolle sont très peu nombreux, et, par cela même, insuffisants. M. Fauvel, ayant, comme je l'ai dit plus haut, observé une vingtaine de cas d'abcès du bassin chez les femmes, a vu que l'issue du pus par le vagin était fréquente, et cependant il n'a vu succomber que deux malades. Malheureusement ces faits intéressants ne sont pas publiés.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que la terminaison par gangrène est fort grave, quoiqu'on ait cité un ou deux faits de guérison après l'expulsion de lambeaux de tissu cellulaire et même de muscles gangrenés.

§ VII. — Traitement.

Je n'ai pas de grands développements à donner au traitement de cette maladie. Les moyens employés par tous les médecins se réduisent à un petit nombre, et n'exigent en général qu'une simple énonciation.

Ce sont d'abord les *émissions sanguines*. La *saignée générale* est ordinairement mise en usage ; puis on couvre la tumeur de *sangsues* à une ou plusieurs reprises, suivant les cas. M. Grisolle, qui a étudié avec soin l'effet des émissions sanguines dans cette maladie, a trouvé que leur action, comme moyens propres à prévenir la suppuration, est très hypothétique, et que certainement, dans la très grande majorité des cas, elles n'y réussissent pas. Mais elles calment la douleur, elles modèrent la fièvre, et, sous ce rapport, on ne peut se dispenser de les employer assez largement.

Les émissions sanguines doivent être aidées des *applications émollientes*, des *bains*, des *boissons délayantes*, et d'une *diète sévère*, tant que la fièvre persiste.

De *doux laxatifs* sont indiqués pour combattre la constipation ; et contre la douleur, lorsqu'elle est très vive, on prescrit les *narcotiques* et surtout l'*opium*.

Quand la tumeur a de la tendance à s'ouvrir au dehors, on doit donner issue au pus par une *incision* à la paroi abdominale. Mais à quelle époque ? voilà ce qu'il est difficile de déterminer. Suivant quelques praticiens, et Dance en particulier, il faut attendre que la peau soit près de se perforer, ou même la laisser se perforer naturellement. M. Grisolle pense qu'il faut agir plus tôt ; et si l'on considère que l'ouverture cutanée coïncidant avec la rupture de l'abcès dans un organe creux, et surtout dans l'intestin, est une circonstance fâcheuse, on sera de cet avis ; car, en agissant un peu plus tôt, on pourra prévenir la perforation intestinale. Dans tous les cas, il faut du moins s'assurer que la peau est adhérente à la paroi de la tumeur, et même attendre qu'il y ait de l'empâtement. On comprend à quels accidents on s'exposerait si l'on n'agissait pas ainsi. C'est au-dessus de l'arcade crurale et parallèlement à elle qu'il faut ordinairement plonger le bistouri. Si l'abcès était profond, il faudrait diviser couche par couche.

Un autre point par lequel on peut vider l'abcès est la partie supérieure du vagin. M. Bourdon rapporte plusieurs exemples de terminaison heureuse par ce moyen.

Mais si l'on se rappelle ce que j'ai dit à propos de la ponction des kystes dans ce point, on comprendra qu'il n'est pas sans danger d'agir ainsi. Ce danger n'existerait pas si la fluctuation était très sensible dans la partie supérieure du vagin, et surtout s'il y avait une saillie de la tumeur dans ce point. Aussi ces cas sont-ils les seuls dans lesquels on doive pratiquer l'opération dont il s'agit.

L'écoulement du pus doit ensuite être favorisé. On donne à l'incision la *position la plus déclive* possible. On place une petite *mèche* entre ses lèvres. On renouvelle fréquemment les pansements. On fait des *injections* émollientes d'abord, détersives et légèrement excitantes à la fin.

Dans les cas où il survient une *péritonite suraiguë*, le repos absolu et l'*opium à hautes doses* doivent être prescrits, ainsi qu'il a été dit à propos de cette maladie (1).

LIVRE SIXIÈME.

Maladies du système nerveux.

Il est un assez bon nombre de maladies du système nerveux qui ont une importance majeure; elles tiennent une grande place dans le cadre nosologique, et ont depuis longtemps fixé l'attention des médecins. Aussi trouverons-nous dans cette partie de notre travail des recherches du plus haut intérêt. Mais, d'un autre côté, nous aurons bien des difficultés à surmonter, car il est beaucoup de points obscurs qui, bien qu'ils aient donné lieu à de longues discussions et à des travaux importants, n'ont pas été suffisamment éclairés. Le siége même d'un certain nombre de ces maladies n'a pas pu encore être fixé d'une manière précise, et peut-être ne le sera-t-il jamais. C'est ce que nous verrons en parlant des *névroses*, ces affections souvent si bizarres.

Or, s'il en est ainsi, on comprend que le premier embarras dans lequel les auteurs doivent se trouver est de présenter une division satisfaisante des maladies du système nerveux. Je vais indiquer celle que je suivrai, parce qu'elle me paraît la moins défectueuse. Je traiterai d'abord des *maladies des nerfs*, qui, pour nous, ne comprennent que la *névrite* et la *névralgie*. Puis je ferai l'histoire des *maladies du cerveau et de ses membranes*. Je passerai ensuite aux *affections de la moelle épinière et de ses membranes*, et enfin j'aborderai la grande classe des *névroses*, du siége desquelles, ainsi que je le disais plus haut, on ne peut rien dire, si ce n'est qu'elles occupent le système nerveux. Cette division me permettra de passer en revue toutes ces maladies sans exception, et de les ranger dans un ordre tel qu'on puisse facilement les trouver.

(1) Voy. art. *Péritonite*.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES DES NERFS.

Les seules maladies des nerfs qui doivent nous occuper d'une manière particulière sont, je le répète, la *névrite* et la *névralgie*. Les plaies, les piqûres, les tumeurs des nerfs sont du domaine de la chirurgie; et quant à quelques lésions, comme l'*ulcération*, l'*œdème* des nerfs, nous n'aurions rien d'intéressant à en dire; car, d'une part, ces affections ne sont pas primitives, et, de l'autre, à peine trouve-t-on dans quelques cas très rares qui ont été cités, des documents suffisants pour qu'on puisse les mentionner avec quelque confiance. Bien plus, nous allons voir que la névrite elle-même, considérée comme maladie primitive, idiopathique, est une affection fort rare, et qu'il n'y a que très peu de développements à donner à son histoire, en sorte qu'en réalité ce chapitre sera presque exclusivement occupé par l'histoire des névralgies.

ARTICLE Ier.

NÉVRITE.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La névrite est l'inflammation des nerfs et du névrilème; c'est, comme je l'ai fait remarquer, une maladie rare et peu connue, surtout si l'on considère la névrite primitive ou idiopathique, la seule qui nous intéresse réellement. Elle est *si peu fréquente*, que Boerhaave, ainsi que tout le monde le sait, doutait de l'existence de l'inflammation dans le nerf lui-même, et n'admettait que l'inflammation du névrilème, ce qui a fait donner par quelques auteurs le nom de *névrilémite* à cette affection. Cependant l'inflammation des filets nerveux eux-mêmes a été constatée par plusieurs observateurs modernes, et en particulier par A. Dugès (1), par M. Martinet, qui, tout en partageant l'opinion de Boerhaave, a, ainsi que le fait remarquer Ollivier (2), rapporté des observations dans lesquelles l'inflammation du tissu nerveux est évidente, puisqu'il y avait à la fois rougeur, tuméfaction et ramollissement, et enfin par M. Charles Dubreuilh (3) qui non seulement a étudié avec le plus grand soin les travaux de nos prédécesseurs sur la névrite, mais encore s'est livré aux expériences les plus intéressantes, ce qui lui a permis de tracer une histoire de la névrite bien plus complète que l'on n'avait pu le faire avant lui. Cependant M. Cruveilhier (4), poussant la dissection plus loin qu'on ne l'avait fait, a trouvé que l'inflammation, même lorsqu'elle se montre dans le centre du nerf, n'attaque pas les filets nerveux, mais bien le tissu cellulaire adipeux qui les entoure; et si M. Dubreuilh a trouvé la rougeur, le gonflement et le ramollissement de la substance nerveuse, il est remarquable qu'il n'a jamais pu la faire

(1) *Mém. sur la névrite puerp.* (*Revue méd.*, t. III).
(2) *Dict. de méd.*, 2e édit., t. XX, p. 442.
(3) *De la névrite. Coup d'œil hist. et rech. expérim. sur cette maladie.* Montpellier, 1845.
(4) *Anat. path. du corps humain*, liv. XXXV, in-folio avec pl. col.

supporer ; ce qui vient en réalité à l'appui de l'opinion de Boerhaave et de M. Martinet, et explique les dissidences des auteurs. Quoi qu'il en soit, il est certain que non seulement la gaîne du nerf, mais encore le faisceau nerveux, peut être enflammé, et que cette affection mérite le nom de névrite.

On a donné à cette maladie les noms de *neuritis, nevritis, neurilite, névrilite, névrilémite.*

La névrite a été divisée en *idiopathique* et *symptomatique.* La première espèce est rare ; elle comprend la névrite qui se développe spontanément et celle qui est le résultat d'une violence extérieure. Celle-ci est de beaucoup la plus fréquente. Quant à la névralgie symptomatique, elle n'est autre chose que cette inflammation des nerfs qui résulte d'une lésion environnante soit chronique (cancer, ulcère), soit aiguë (phlegmon, etc.) ; nous n'avons pas à nous en occuper, parce que c'est une lésion secondaire.

Dugès a admis cinq espèces de névrites ; mais tout le monde s'accorde à dire aujourd'hui qu'il y a eu erreur de sa part, et que, sauf la névrite simple qui est sa première espèce, les autres ne sont pas des névrites. Il suffit, pour en être convaincu, de savoir qu'il range parmi les inflammations des nerfs la *phlegmatia alba dolens*, que toutes les observations bien faites nous portent à regarder comme une phlébite, ainsi que j'ai pu m'en convaincre encore il y a peu de temps par l'examen attentif de plusieurs cas qui ont été soumis à mon observation.

§ II. — Causes.

Quelquefois la névrite se développe spontanément, comme on en voit des exemples dans le mémoire de M. Martinet. On a, en pareil cas, attribué la production de la maladie à l'impression du *froid*, à l'*action de l'humidité*, à l'*immersion du corps dans l'eau froide ;* mais le petit nombre de faits qu'on a pu étudier ne permet pas de se faire une opinion arrêtée à cet égard. M. Martinet a observé un cas dans lequel l'apparition de la névrite a coïncidé avec la *suppression d'une hémorrhagie habituelle.* Le plus souvent l'inflammation a été le résultat d'une *piqûre*, d'une *blessure quelconque.* Tous les auteurs ont cité un cas observé par le docteur Frère, et dans lequel la névrite avait été causée par l'application d'un *cautère.* J'ai moi-même rapporté une observation dans laquelle les *symptômes* m'ont porté à admettre l'existence d'une névrite (1) ; or, dans ce cas, on ne pouvait pas attribuer la production de la maladie à d'autre cause qu'à la *contusion* du plexus sciatique par la tête du fœtus.

Depuis lors, j'ai observé deux nouveaux cas de *névralgie par contusion*, l'une fémoro-poplitée, par suite d'une chute sur la fesse ; l'autre brachiale, par suite d'une contusion du plexus brachial, dans l'aisselle. Ces névralgies sont remarquables par la violence de la douleur, et surtout par la paralysie souvent incurable qui en résulte.

Dans ces derniers temps, M. Beau a décrit une névrite causée par l'*extension de l'inflammation de la plèvre aux nerfs intercostaux.* J'en donnerai plus tard la description.

Les causes que je viens d'énumérer sont des *causes occasionnelles ;* quant aux

(1) *Traité des névralgies.* Paris, 1841, p. 596.



causes prédisposantes, il faut dire que nous n'avons à ce sujet aucune donnée certaine.

§ III. — Symptômes.

Avant que les caractères de la névralgie fussent bien connus, on a pu croire qu'il n'était pas très difficile de tracer les symptômes de la névrite de manière à ne pas la confondre avec la première de ces affections. Aussi les auteurs se sont-ils contentés d'une description très superficielle, et qui aujourd'hui doit laisser le médecin dans une assez grande incertitude. Il importe par conséquent d'examiner les faits avec quelque attention. La description de M. Martinet a été généralement adoptée; c'est elle aussi qui va me servir de point de départ pour les considérations suivantes, dans lesquelles les signes de la maladie seront exposés avec quelques particularités qui me paraissent importantes.

La *douleur* est un caractère constant de la névrite, et l'on doit distinguer avec soin la *douleur spontanée* de la *douleur à la pression*. La *douleur spontanée* ressemble à celle de la névralgie. C'est, ainsi que le fait remarquer M. Martinet, un sentiment de déchirement, d'engourdissement, ou bien des *élancements*. Il ne faudrait pas croire que, même dans les cas où il y a des élancements s'irradiant dans le trajet du nerf, la douleur part toujours du point enflammé pour se porter vers les parties saines. Dans le cas que j'ai observé, les élancements ont souvent pris leur point de départ dans la jambe, bien que l'inflammation fût dans le bassin. M. Dubreuilh (1) affirme qu'on peut la distinguer de celle de la névralgie, parce qu'elle est continue. Il est certain qu'elle est souvent plus persistante; mais, d'abord, nous venons de voir qu'elle a eu, dans des cas très authentiques, de l'intermittence comme celle de la névralgie, et de plus, il ne faut pas oublier, ce qu'on fait trop souvent, que, dans cette dernière affection, il y a aussi, presque toujours, une douleur continue. Sous ce rapport donc, la névrite ne présente aucun caractère particulier.

On a cru trouver ce caractère dans la *douleur provoquée*. Les auteurs ont dit, en effet, que, dans la névrite, la pression déterminait une vive douleur, tandis que dans la névralgie le même moyen d'exploration procure un soulagement momentané. Mais nous verrons dans l'histoire des névralgies qu'il n'en est réellement pas ainsi, et que la pression détermine une douleur souvent très vive, dans des cas où l'existence de cette dernière affection n'est pas douteuse. C'est un fait aujourd'hui généralement reconnu. Les observations démontrent néanmoins que dans la névrite la pression est ordinairement plus douloureuse. En outre, il est un signe sur lequel l'attention du médecin doit être fixée: dans la névralgie, il arrive souvent qu'après avoir déterminé par la pression une vive douleur dans un point on ne la reproduit plus que faiblement en pressant de nouveau; or il est impossible que pareille chose arrive, s'il s'agit réellement d'une inflammation. Enfin, si l'on presse largement sur un point névralgique, on détermine peu ou point de douleur, et parfois même du soulagement, ce qui ne s'observe pas dans les cas de névrite. Les faits que j'ai observés dans ces derniers temps sont tous venus à l'appui de ces propositions.

(1) *Loc. cit.*

Je ferai remarquer en outre que la douleur, même provoquée, n'est pas limitée au point enflammé du nerf, ce qui ne contribue pas peu à rendre la distinction difficile. Dans le cas que j'ai observé, en effet, il y avait des points douloureux à la pression, non seulement dans la partie contuse, mais encore vers l'extrémité supérieure du péroné, et jusqu'au pied.

L'*engourdissement* du membre est encore un phénomène commun aux deux affections, mais beaucoup plus constant et plus marqué dans la névrite. Il en est de même du sentiment de *pesanteur* dans le membre, des *fourmillements* et même d'un *sentiment de cuisson* dans l'extrémité malade. Ces signes ont été des plus marqués dans les cas que j'ai observés.

Un des caractères les plus importants est sans contredit la *paralysie*. M. Martinet, et après lui tous les auteurs, ont signalé cette paralysie plus ou moins complète et qui occupe une plus ou moins grande étendue du membre malade. Nous verrons sans doute, en parlant des névralgies, que le membre affecté peut présenter une difficulté de mouvements, une *semi-paralysie*, suivant l'expression de Cotugno; mais dans la névrite il y a souvent paralysie complète ou presque complète, et ce qu'il importe surtout de remarquer, c'est que cette paralysie peut occuper une petite étendue du membre. C'est ainsi que chez la femme dont j'ai plusieurs fois parlé, le pied fut seul paralysé et le fut d'une manière complète, et que, dans un cas récent, j'ai vu la paralysie bornée aux muscles de l'avant-bras. En outre, cette paralysie arrive rapidement et non après de très longues souffrances, comme dans la névralgie, et elle peut persister fort longtemps, puisque, dans un cas, j'en ai constaté l'existence deux ans après la parfaite guérison de la névrite. Les deux faits que j'ai cités plus haut sont venus confirmer l'exactitude de ces propositions. Une *simple contusion* produisant une névrite a, par suite, occasionné une paralysie incurable du membre.

Dans certains cas, la production de la paralysie est précédée de phénomènes qui dénotent une grande perturbation dans l'influx nerveux. C'est ainsi qu'on a vu des sujets présenter pendant plusieurs jours des *convulsions* plus ou moins douloureuses dans le membre affecté, avant qu'il y eût aucune diminution dans la motilité, et que, dans un cas (celui qui est rapporté par le docteur Frère), on a observé un véritable *tétanos*.

Lorsque la portion enflammée du nerf est peu profondément située, on peut quelquefois observer des signes qui sont d'autant plus importants à constater, qu'ils lèvent tous les doutes sur la nature de la maladie; ces signes sont une *rougeur* et un *gonflement* le long du nerf affecté, de telle sorte qu'on peut reconnaître, par le toucher et à la vue, la présence du cordon nerveux enflammé. M. Martinet a observé ces signes dans ses trois premières observations.

Névrite intercostale. Je dois maintenant donner la description de la névrite intercostale survenant à la suite des inflammations de la plèvre, telle que l'a présentée M. Beau (1).

Chez les sujets atteints d'un point de côté plus ou moins intense, si « l'inflammation pleurale occupe la partie supérieure de cette membrane, de manière à affecter les quatre ou cinq premiers espaces intercostaux, c'est à la partie anté-

(1) *Arch. gén. de méd.*, 4e série. Paris, 1847, t. XIII, p. 161.

rieure des quatre ou cinq premiers espaces intercostaux que la douleur se fait sentir. Quand, au contraire, c'est à la partie inférieure du thorax que la plèvre et les nerfs intercostaux sont enflammés, on note que la douleur est accusée vers la partie antérieure des derniers nerfs intercostaux. » Que si l'on est surpris de voir la douleur se montrer principalement dans un point du nerf qui n'est pas enflammé et qui ne correspond pas au siége de l'inflammation pleurale, M. Beau répond en citant les effets de la contusion du nerf cubital à l'articulation huméro-cubitale, contusion dans laquelle, comme chacun sait, la douleur vient retentir dans les deux derniers doigts. Il cite aussi le témoignage de Müller, qui remarque, d'après le docteur Frère, que, dans les amputations, les douleurs les plus vives se font sentir moins dans l'endroit même où l'on coupe les nerfs que dans les parties où ils se terminent.

En général, dit M. Beau, celui de tous les nerfs enflammés qui est le plus douloureux, est celui qui correspond à la côte dont les mouvements sont le plus étendus. C'est pour cela que, dans la moyenne des cas, les malades accusent la douleur la plus vive à la partie antérieure du sixième ou du septième espace intercostal, parce que, chez la plupart des malades, et surtout chez les hommes, la septième côte est celle qui exécute le plus de mouvement.

M. Beau a ensuite constaté que la douleur spontanée indiquée par le malade n'est pas la seule dont il faille tenir compte ; qu'on doit au contraire presser dans les espaces intercostaux voisins de celui que désigne le malade comme étant le siége de la douleur, et que, par ce moyen, on arrive à trouver d'autres nerfs douloureux, quoiqu'à un moindre degré.

M. Beau, après avoir toutefois fait remarquer la position superficielle des nerfs intercostaux du côté de la cavité thoracique et leur contact avec la plèvre, décrit comme il suit l'état anatomo-pathologique qui correspond à ces symptômes :

« L'inflammation, dit-il, occupe ordinairement toute la partie du nerf qui touche la plèvre ; mais elle ne s'étend pas plus loin, c'est-à-dire qu'on ne la retrouve plus, à partir de l'angle des côtes, dans les divers points où le nerf est séparé des plèvres par le muscle intercostal interne.

» Cette inflammation nerveuse est caractérisée par une injection souvent intense, non seulement du névrilème, mais encore du nerf lui-même. Le cordon nerveux enflammé est donc souvent très rouge. Il est plus volumineux que les cordons sains ; comparaison d'autant plus facile à faire, que sur le même côté du thorax on a des cordons sains et des cordons enflammés : sains dans les endroits où la plèvre est saine ; enflammés là où la plèvre est elle-même enflammée.

» Les nerfs enflammés ne m'ont paru, contre mon attente, ni plus mous, ni plus friables que les nerfs sains ; quelquefois ils sont légèrement adhérents à la portion de plèvre qui leur est contiguë. »

Tels sont les points principaux du mémoire de M. Beau, relativement à la névrite intercostale. J'ai eu occasion d'examiner quelques faits sous ce point de vue, et j'ai trouvé : 1° que les traces d'inflammation indiquées par M. Beau sont bornées au névrilème ; 2° que néanmoins elles existent d'une manière évidente ; 3° mais que les points douloureux ne sont pas toujours bien circonscrits, et que, dans la plupart des cas, la douleur disparaît complétement, bien qu'à l'autopsie on trouve la rougeur du névrilème, et même son épaississement, qui ont persisté plus ou

moins longtemps après; ce qui me porte à admettre que la névrilémite n'est pas tout dans la douleur pleurétique, et que l'inflammation du névrilème n'est pas nécessairement douloureuse, car dans les cas de névrite bien caractérisée la douleur persiste tant que l'altération anatomique se maintient à son degré d'acuité. Comme on le voit, il y a encore à faire pour éclairer ces points obscurs. M. Beau n'a pas moins rendu service à la pathologie en publiant ses recherches, car elles nous font mieux comprendre la manière dont se produit la douleur pleurétique, dont la cause et la nature paraissaient si difficiles à saisir.

Enfin il existe des *symptômes généraux* qui ont encore une très grande valeur, car nous ne les retrouverons pas dans les névralgies ordinaires. C'est d'abord un *mouvement fébrile* dont l'intensité est variable et qui est caractérisé par la chaleur, l'accélération du pouls, des frissons plus ou moins répétés, et ordinairement irréguliers. On a en outre noté dans plusieurs cas la *céphalalgie*, l'*anorexie*, le *dégoût des aliments*; en un mot, des troubles digestifs plus ou moins marqués.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est continue; elle a néanmoins des exacerbations plus ou moins marquées, et par conséquent il ne faudrait pas s'en rapporter uniquement à cette marche pour la distinguer d'une névralgie. Dans les cas publiés, la *durée* a varié entre quelques jours et plusieurs mois. Lorsque l'affection est simple, elle *se termine* par la guérison; mais il peut arriver, comme j'en ai cité un exemple, que la paralysie persiste après que tous les signes de l'inflammation se sont dissipés.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je ne dirai qu'un mot des lésions anatomiques, qui consistent dans la rougeur, l'épaississement, le ramollissement du névrilème ainsi que des filets nerveux eux-mêmes, suivant quelques uns, ou simplement du tissu qui unit ces filets, suivant les autres. Lorsque l'inflammation est un peu plus ancienne, on trouve le nerf considérablement augmenté de volume (triplé suivant M. Martinet); la couleur est violacée, parfois le cordon nerveux est réduit en pulpe. Des caillots, une inflammation purulente ont été trouvés au milieu du tissu nerveux. Quant à la *gangrène* du nerf, on n'a cité aucun fait qui ait mis son existence hors de doute. Enfin, dans des cas où, selon toutes les apparences, la maladie avait passé à l'état chronique, on a trouvé la portion du nerf affecté dense, comme carnifiée; le névrilème était adhérent et épaissi. Il est, du reste, facile de comprendre quelles sont les altérations qu'une inflammation un peu vive peut produire dans le tissu des nerfs.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Rien ne serait plus facile que le diagnostic de la névrite, si dans tous les cas on pouvait, comme dans quelques unes des observations de M. Martinet, constater l'existence d'un cordon dur et douloureux dans le trajet du nerf; cordon qu'on pourrait suivre encore de l'œil, à l'aide de la rougeur de la peau. On n'aurait, en effet, alors à distinguer la névrite que de la *phlébite* et de l'*artérite*. Or, outre le trajet du cordon enflammé qui n'est pas toujours le même, nous avons, d'une

part, les élancements douloureux, les points de douleur qui caractérisent la névrite, et, de l'autre, la gangrène pour l'artérite, et l'œdème douloureux pour la phlébite. Si, dans cette dernière affection, l'œdème n'existe pas, on sent facilement les nodosités qui caractérisent le gonflement de la veine, et qui ne se trouvent pas dans celui du nerf.

Mais, dans le plus grand nombre des cas, rien n'est appréciable à la vue, et la palpation ne donne d'autre résultat que de produire une vive douleur. On peut alors facilement confondre la névrite avec une simple *névralgie;* car, ainsi que je l'ai fait voir dans la description des symptômes, ces affections ont beaucoup de signes communs. Voici, je crois, sur quelles bases le diagnostic doit être établi :

S'il est vrai de dire que la douleur à la pression existe dans les deux cas, et que son intensité peut parfois être égale de part et d'autre, il n'est pas moins certain que cette douleur est généralement plus vive dans la névrite ; qu'elle se produit, soit qu'on presse largement, soit qu'on presse avec les extrémités des doigts ; que pendant tout le temps que la maladie est à son summum d'intensité, elle a la même vivacité, tandis que par moments celle de la névralgie se calme au point que le malade ne se plaint que d'une sensibilité un peu augmentée ; qu'enfin il n'arrive pas, dans la névrite, que le point enflammé sur lequel on vient de déterminer une vive douleur en pressant cesse momentanément d'être douloureux, au point de ne plus pouvoir être retrouvé pendant un temps plus ou moins long ; tandis que nous verrons ce phénomène se produire fréquemment dans la névralgie.

La paralysie est, comme je l'ai dit plus haut, plus prompte, plus complète, plus durable dans la névrite. Elle peut n'occuper qu'un seul point limité. Ce signe différentiel doit être étudié avec le plus grand soin.

En outre, il existe dans la névrite, de la fièvre, des symptômes généraux, qui ne sont nullement de l'essence de la névralgie.

On voit que je n'ai parlé ni de la mobilité, ni de la variabilité des douleurs spontanées, ni des fourmillements, ni de l'engourdissement ; ces caractères, en effet, appartiennent aussi bien à l'une qu'à l'autre de ces deux affections.

Je ne vois pas d'autre maladie dont il soit important de distinguer la névrite. Les phlegmons, les inflammations des organes voisins, ne peuvent avoir qu'une ressemblance grossière avec elle ; il serait par conséquent inutile de s'y arrêter.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la névrite et de l'artérite ou de la phlébite.*

NÉVRITE.	ARTÉRITE ; PHLÉBITE.
Trajet du cordon enflammé différent de celui de l'artère ou de la veine dans un ou plusieurs points (signe qui n'existe que dans quelques cas).	Trajet du cordon enflammé différent de celui du nerf dans un ou plusieurs points (signe qui n'existe que dans quelques cas).
Élancements douloureux ; déchirement, etc., *le long des cordons nerveux.*	Douleurs plus ou moins étendues ; engourdissement, etc. ; *mais non douleurs lancinantes le long des cordons nerveux.*
Pas de gangrène.	Dans l'*artérite*, souvent *gangrène.*
Pas d'œdème.	Dans la *phlébite*, souvent *œdème.*
Cordon enflammé *non noueux.*	Dans la *phlébite*, *nodosité* du cordon enflammé.

2° *Signes distinctifs de la névrite et de la névralgie.*

NÉVRITE.	NÉVRALGIE.
Douleur à la pression *généralement plus vive.*	Douleur à la pression *généralement moins vive.*
Elle se produit *de quelque manière qu'on presse.*	Elle ne se produit ordinairement *que quand on presse avec l'extrémité des doigts.*
Elle est *toujours la même* tant que la maladie persiste avec la même intensité.	Elle a des moments *de calme et d'exacerbation marqués*, même au plus fort de la maladie.
On trouve toujours le point douloureux enflammé.	Souvent, après avoir produit une vive douleur dans un point, *la pression y devient insensible* pendant un temps plus ou moins long.
Paralysie parfois *partielle*, ordinairement *rapide* et *complète*, ou presque complète, très rebelle.	Paralysie *occupant toujours tout le membre*, survenue *lentement*, et incomplète (semi-paralysie de Cotugno).
Symptômes généraux; fièvre.	*Pas de symptômes généraux; pas de fièvre*, à moins de circonstances particulières.

Pronostic. D'après ce que j'ai dit en parlant de la terminaison de cette maladie, elle est peu grave, puisque les malades n'ont succombé que dans les cas où ils ont été enlevés par une affection complicante. Le pronostic sera donc établi sur la gravité plus ou moins grande des complications. Lorsqu'il survient une paralysie complète de tout un membre, ou seulement d'une partie, on doit craindre, si l'affection est trop intense, de voir cette paralysie persister longtemps après la guérison de la névrite.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de cette maladie n'exige aucun développement; car il ne se compose que des moyens les plus ordinaires de la médication antiphlogistique. Ce sont des *émissions sanguines* locales et générales, plus ou moins répétées suivant la force du sujet et l'intensité du mal; les fomentations, les cataplasmes *émollients*, les *bains* locaux et généraux; le *repos* et une *diète sévère.*

Névrite chronique. La plupart des auteurs ont parlé de la névrite chronique, mais sans citer des observations et seulement d'après l'anatomie pathologique. Nous n'aurions par conséquent rien à faire connaître de positif sur cette affection. Je dirai seulement qu'on a conseillé, dans les cas où la névrite passerait à l'état chronique, d'employer les *révulsifs*, les *dérivatifs*, et en particulier les *vésicatoires;* mais il faut prendre garde de rapporter au traitement de la névrite ce qui appartient tout simplement au traitement des névralgies plus ou moins anciennes.

ARTICLE II.

NÉVRALGIE EN GÉNÉRAL.

En quelque point du corps que se manifeste la névralgie, elle a des caractères généraux et communs assez multipliés pour qu'il soit important de l'envisager d'une manière générale. On évite par là un assez grand nombre de répétitions.

L'affection qui mérite le nom de névralgie a été connue dès les premiers temps de la médecine, puisque la névralgie sciatique est déjà mentionnée dans les écrits

d'Hippocrate. Mais on n'avait, sur ces maladies, que des notions très vagues, jusqu'à ce que Cotugno eût publié son histoire de la sciatique. La névralgie trifaciale était moins bien connue encore avant qu'André eût fait connaître ses observations.

Chaussier était l'auteur qui, avant ces derniers temps, s'était occupé avec le plus de succès des névralgies en général; après lui, des travaux intéressants ont été publiés sur plusieurs points de l'histoire de ces affections, et, en 1841 (1), l'étude attentive d'un nombre considérable de faits m'a fait obtenir plusieurs résultats nouveaux que je ferai connaître dans le cours des articles qui vont suivre. Je ne pourrai néanmoins le faire que d'une manière succincte et sous forme de résumé, et je serai obligé de renvoyer, pour les détails, à l'ouvrage que je viens de citer.

§ I. — Définition; synonymie.

D'après les faits que j'ai analysés, j'ai cru devoir définir ainsi qu'il suit la névralgie : La névralgie consiste dans une douleur plus ou moins violente, ayant son siége sur le trajet d'un nerf, et disséminée par points circonscrits : véritables foyers douloureux d'où partent, par intervalles variables, des élancements ou d'autres douleurs analogues, et dans lesquels la pression, convenablement exercée, est plus ou moins douloureuse.

Cette définition est aujourd'hui généralement adoptée, les observateurs ayant pu vérifier l'exactitude des caractères que j'ai assignés à l'affection. Une seule objection m'a été faite : on m'a reproché d'avoir séparé les névralgies des *viscéralgies*. Je l'ai fait, non, comme on a paru le croire, parce que j'ai regardé ces affections comme étant de nature différente, car j'ai dit, au contraire (2), que je les croyais de nature identique; mais parce que, sous le rapport des symptômes et du traitement, les névralgies présentent des particularités importantes, et qu'elles forment un groupe pathologique bien distinct. Après cette explication, je crois devoir persister.

Chaussier a désigné sous le nom de *névralgie* l'affection qui nous occupe; cette dénomination a été généralement adoptée, et ce n'est que dans les névralgies, en particulier, que nous trouvons des noms différents, tels que *tic douloureux*, *sciatique*, etc.

Les névralgies sont des affections *très fréquentes*, et, depuis qu'on les recherche avec plus de soin, on en découvre un très grand nombre qui passaient inaperçues; c'est ce que nous voyons, en particulier, pour la névralgie intercostale.

§ II. — Causes.

Je passerai rapidement sur l'étiologie des névralgies en général, parce que l'étude des causes se présentera à propos de chaque névralgie en particulier (3).

1° Causes prédisposantes.

Age. C'est de vingt à cinquante ans que se montre le plus grand nombre des né-

(1) *Traité des névralgies ou affect. doul. des nerfs*. Paris, 1841, in-8.
(2) *Traité des névralgies*, p. 703.
(3) Voy., pour les détails, le *Traité des névralgies*.

vralgies. Vient ensuite la période de cinquante à soixante. Avant l'âge de dix ans, cette affection est extrêmement rare.

Sexe. D'après les faits que j'ai observés, la névralgie, considérée d'une manière générale, se produit à peu près aussi souvent chez la femme que chez l'homme ; mais, dans certaines névralgies, nous verrons la proportion bien différente suivant les sexes : c'est ainsi que la femme est bien plus sujette à la névralgie dorso-intercostale, et l'homme à la névralgie sciatique. Dans les faits que j'ai observés, la névralgie a été, avant l'âge de trente ans, plus fréquente chez la femme ; c'est l'inverse qui a été noté après cet âge.

Les faits ne nous ont pas appris que la *constitution* ou le *tempérament* eussent une influence réelle sur les névralgies. Il en est à peu près de même relativement à l'*habitation*, à la *nourriture*, à la *profession*. De nouvelles recherches sont nécessaires sur ces différents points, de même que sur l'influence des climats, des habitudes, etc. Cependant l'influence des *saisons* peut nous faire, jusqu'à un certain point, préjuger celle des climats. J'ai trouvé, en effet, que les deux tiers des cas que j'ai analysés se sont montrés dans les saisons les plus froides de l'année.

2° Causes occasionnelles.

Le *refroidissement prolongé* est, de toutes les causes occasionnelles, celle qui a été constatée le plus souvent. Rarement on voit la maladie se développer immédiatement après la *suppression des règles*, ou dans un *mouvement brusque*. Quelquefois une *contusion* sur le trajet du nerf produit la maladie. Depuis la publication de mon ouvrage, j'en ai observé un exemple remarquable, que je rappellerai à l'occasion de la *névralgie trifaciale*. Le plus souvent on *n'a pu découvrir la cause occasionnelle* de la névralgie.

§ III. — Siége de la maladie ; points douloureux.

On sait, d'après les recherches modernes, que la névralgie, telle que je l'ai définie, n'occupe que les nerfs sensitifs, et principalement les parties les plus superficielles de ces nerfs. Il en résulte des *points douloureux*, dont j'aurai à parler longuement. Je me contente maintenant d'indiquer d'une manière générale les points occupés par la douleur suivant une loi qui ne souffre qu'un petit nombre d'exceptions. Voici comment je me suis exprimé sur ce point (1) : « Les foyers douloureux... se trouvent placés dans quatre points principaux du trajet des différents nerfs : 1° *au point d'émergence d'un tronc nerveux :* ainsi à la sortie des trous sus et sous-orbitaires, etc. ; 2° *dans les points où un filet nerveux traverse les muscles pour se rapprocher de la peau dans laquelle il vient de se jeter :* ainsi les parties dans lesquelles se rendent les nerfs spinaux, etc. ; 3° dans les points où les rameaux terminaux d'un nerf viennent s'épuiser dans les téguments : ainsi à la partie antérieure des nerfs intercostaux, etc. ; 4° enfin, *aux endroits où des troncs nerveux deviennent très superficiels :* par exemple, celui où le nerf péronier contourne la tête du péroné. Parmi ces points, ceux qui sont le plus fréquemment et le plus violemment atteints, sont les points d'émergence. »

Quelques auteurs ont avancé que les nerfs du mouvement, comme le nerf facial,

(1) Voy. *Traité des névralgies*, p. 681.

pouvaient être affectés de névralgie. Nous verrons, en parlant de la névralgi trifaciale, que cette opinion n'est pas fondée.

§ IV. — Symptômes.

C'est surtout dans les symptômes qu'on trouve la plus grande ressemblance entre les diverses névralgies. Il n'y a que quelques particularités suivant le nerf affecté, et, par conséquent, il importe de tracer ici avec quelques détails un tableau symptomatique général.

Début. C'est une opinion très généralement répandue que le début de l'affection est très souvent brusque. Or cette opinion n'est pas exacte. Dans les six septièmes des cas, en effet, la névralgie se développe graduellement, mais d'une manière plus ou moins rapide. C'est d'abord une pesanteur, une douleur sourde, une chaleur, en un mot une sensation incommode; cette sensation douloureuse va ensuite en augmentant, et devient une douleur aiguë qui sera décrite tout à l'heure. Dans un septième des cas que j'ai observés, le début a été subit.

Symptômes. La douleur est le principal et presque l'unique symptôme de la névralgie. Il importe dans cette affection, plus que dans toute autre, de distinguer la douleur spontanée de la douleur à la pression.

Douleur spontanée. On doit distinguer deux espèces de douleur spontanée : la première est *continue*, la seconde *intermittente*. La *douleur continue* est celle qui a le moins fixé l'attention des auteurs; la plupart même en ont méconnu l'existence, et cependant elle a une importance réelle, car le médecin peut être appelé au moment où elle existe seule, et elle fait reconnaître le degré d'intensité et l'étendue du mal. Cette douleur, sans être violente, est très incommode ; les malades la comparent ordinairement à une tension, à une pesanteur, à une pression forte, ou bien à la souffrance que produit une contusion. Il est bien rare que cette douleur disparaisse complétement dans l'intervalle des accès; d'après les recherches que j'ai faites depuis la publication de mon ouvrage, la névralgie trifaciale est l'espèce dans laquelle ce symptôme disparaît le plus complétement. Lorsque l'affection est franchement intermittente, toute espèce de douleur cesse ordinairement dans l'intervalle des accès réguliers.

La *douleur intermittente* se montre sous forme d'élancements, de déchirements, de piqûres, ordinairement très aigus, durant très peu de temps et se reproduisant à des intervalles variables. Tantôt les malades n'en éprouvent qu'un ou deux en un quart d'heure, et tantôt ils les sentent renaître plusieurs fois par minute. Ce sont toujours les douleurs lancinantes qui caractérisent les *accès* de névralgie, et c'est pourquoi on y a eu presque exclusivement égard. Dans les névralgies bien caractérisées on voit, en effet, ces élancements se reproduire à des intervalles très rapprochés pendant un temps qui varie entre quelques minutes et plusieurs heures, et alors les malades sont dans une anxiété très grande, jusqu'à ce que le calme se rétablisse peu à peu et parfois brusquement. Puis, au bout d'un temps plus ou moins long, la même série de phénomènes se reproduit. Mais je reviendrai sur ce point en parlant de la marche de la maladie.

Ces élancements ont une violence très diverse suivant les cas. Les malades les comparent à des tiraillements, à des arrachements, à des piqûres. Quelques uns parlent d'une commotion électrique; d'autres éprouvent un sentiment de brûlure, etc.

Ce qu'il y a de remarquable dans ces élancements, c'est qu'ils ont aussi des *foyers* d'où ils partent parfois pour se porter d'un point à un autre, tandis que parfois aussi ils restent fixes dans ces foyers, se produisant à la fois dans plusieurs points du trajet du nerf souvent très éloignés l'un de l'autre, par exemple la hanche et le pied dans la sciatique. Or ces foyers douloureux sont précisément les points circonscrits que la pression fait découvrir et dont il va être question tout à l'heure. Il est vrai de dire néanmoins que, soit que les malades n'aient pas noté ces points avec assez d'attention, soit que réellement l'élancement n'ait pas de point de départ fixe, un peu plus de la moitié des sujets se contentent d'indiquer d'une manière générale le trajet du nerf comme étant le siége des élancements.

Dans les cas où les élancements se portent d'un point à un autre en parcourant une certaine étendue du nerf, la direction n'est pas toujours la même ; cependant il résulte de l'étude des faits qu'ils suivent dans une très grande proportion des cas le trajet du filet nerveux affecté. Assez rarement ils ont une direction contraire, et l'on a voulu, avec cette particularité déjà signalée par Cotugno, faire une espèce particulière de névralgie, sous le nom de *névralgie ascendante ;* mais cette distinction n'a aucune importance. Je suis, au reste, entré à ce sujet dans d'assez grands détails dans mon ouvrage, auquel je renvoie le lecteur.

Douleur à la pression. Avant que j'eusse publié mes recherches sur les névralgies, c'était une opinion générale que la pression exercée sur les nerfs affectés de ces maladies n'occasionne pas de douleur ; on disait même que par elle on calmait le plus souvent la souffrance existante. Quelques auteurs, en présence de certains faits, avaient seulement avancé qu'une pression faible détermine une douleur qui disparaît sous une pression plus forte, ainsi que la douleur spontanée dont se plaint le malade. Or, voici ce que m'ont appris les faits : Une pression largement exercée, avec la paume de la main par exemple, n'exaspère pas ordinairement la douleur et la calme le plus souvent ; mais *si l'on presse avec l'extrémité d'un ou de plusieurs doigts* en suivant le trajet du nerf malade, on trouve un ou plusieurs points sur lesquels cette pression cause une douleur variable, souvent fort vive. Si l'on presse de plus fort en plus fort, et toujours de la même manière, la douleur augmente, et devient insupportable même dans les cas où elle était d'abord légère ; dans un grand nombre elle est tellement vive que les malades se soustraient à l'exploration par des mouvements très brusques, et en manifestant, par la contraction de leurs traits, une souffrance extrême. Mais, chose remarquable, il arrive assez fréquemment qu'après avoir exercé ainsi la pression, si on la renouvelle sur le point qu'on vient de trouver si douloureux, on constate qu'elle est devenue momentanément très supportable, ou même qu'elle n'est pas du tout douloureuse. Je reviendrai sur ce point en parlant du traitement; je me contente ici de faire remarquer que, sous ce rapport seul, la pression exercée sur une petite surface peut être regardée comme calmant la douleur pour un temps ordinairement très court.

Par la pression exercée comme je viens de le dire, non seulement on exaspère la douleur continue mentionnée plus haut, mais encore on produit assez souvent des élancements en tout semblables à ceux qui se produisent spontanément.

A l'aide de la pression, on reconnaît l'existence, l'étendue et le degré de sensibilité des *points douloureux.* Ceux-ci sont parfois nombreux et rapprochés sur le

trajet du nerf, d'autres fois on n'en trouve qu'un petit nombre et très éloignés l'un de l'autre : ainsi, dans la *névralgie sciatique*, il peut n'en exister que deux, l'un à la hanche et l'autre au pied. Bien plus rarement on n'en trouve qu'un seul ; mais ce sont des détails sur lesquels il sera beaucoup plus utile de s'appesantir dans la description de chaque névralgie en particulier. Les points douloureux peuvent n'avoir qu'un ou deux centimètres de diamètre ; ordinairement néanmoins ils ont un peu plus d'étendue, et parfois ils occupent un espace grand comme la main et plus. Il est rare que tout le trajet du nerf soit douloureux, et lorsqu'il en est ainsi, on reconnaît encore l'existence des points douloureux, à la plus grande sensibilité que la pression réveille à leur niveau.

Souvent ces points douloureux sont si bien circonscrits, qu'à un ou deux millimètres de distance, ici on détermine une douleur des plus vives, et là on ne trouve pas la plus légère sensibilité morbide.

C'est dans les points où se manifeste une douleur spontanée que l'on produit aussi la douleur à la pression ; je n'ai trouvé qu'une seule exception à cette règle. Seulement il peut arriver que dans certains points la douleur à la pression ne se fasse pas remarquer, bien que le malade y éprouve une certaine souffrance.

Presque dans tous les cas, on voit que l'intensité de la douleur à la pression est en rapport avec celle de la douleur spontanée, au moins dans quelques points. Il y a néanmoins des exceptions à cette règle ; mais ce qui prouve qu'elle a une importance réelle, c'est que : 1° l'affection ayant, comme je l'ai dit plus haut, des accès plus ou moins marqués, la pression devient sensiblement plus douloureuse pendant ces accès de douleur spontanée ; 2° dans les cas où les paroxysmes sont très tranchés, cette douleur à la pression peut disparaître presque complétement dans les intervalles, et 3° enfin dans les cas où il y a une périodicité incontestable, la partie affectée devient ordinairement entièrement indolente pendant l'intervalle qu'on peut appeler intervalle d'apyrexie. Ce sont les névralgies trifaciales qui offrent le plus souvent ces particularités.

J'ai insisté sur la description de ce signe, parce que les faits que j'avais observés en 1841 et ceux qui ont depuis passé sous mes yeux m'en ont fait reconnaître toute l'importance sous le rapport du diagnostic. Cette importance est extrême ; aussi tous les observateurs qui se sont occupés de cette question, et les auteurs dont les ouvrages ont récemment paru, ont-ils tenu grand compte de cette douleur à la pression niée ou méconnue avant ces dernières années. S'il en est qui aient élevé des doutes à cet égard, c'est que leur exploration n'a pas été bien faite, et surtout que dans les cas de douleur légère, ils n'ont pas comparé la sensation éprouvée du côté sain et du côté malade dans les points correspondants.

Douleurs causées ou exaspérées par divers actes du malade. Les causes de ces douleurs sont variables, mais elles tiennent toutes à des mouvements plus ou moins brusques des parties affectées. Ainsi, dans la sciatique, la *marche ;* dans la névralgie trifaciale, l'*action de mâcher ;* dans la névralgie intercostale, les *grandes inspirations*, l'*éternument*, exaspèrent la douleur, et souvent de manière à rendre ces mouvements insupportables.

Dans quelques cas particuliers, *le contact des corps chauds* ou *froids* produit le même effet ; mais c'est dans les névralgies en particulier que les détails de ce genre ont leur place marquée.

Troubles des fonctions des organes qui reçoivent les nerfs affectés. Il faut que la névralgie ait une assez grande intensité pour que ces symptômes se montrent. Ils sont nécessairement très divers, puisqu'ils doivent varier avec chaque espèce de névralgie ; ce sont des contractions involontaires des muscles, des crampes, des secousses, ou bien une sécrétion plus abondante de salive, de mucus, de larmes, etc. Comme ceux que je viens d'indiquer, ces phénomènes seront plus avantageusement étudiés à propos de chaque névralgie en particulier.

Pour terminer la description des symptômes, il me suffit d'ajouter que fréquemment les malades présentent, dans d'autres parties du corps, des douleurs également névralgiques, ou un peu plus rarement de nature rhumatismale ; que du côté du tube digestif, il existe quelques troubles fonctionnels qui seront mentionnés à propos des névralgies trifaciales ou intercostales ; que la fièvre n'est jamais un phénomène appartenant à la névralgie elle-même, et que dans un tiers des cas environ, les femmes présentent un *trouble marqué de la menstruation.*

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Un des caractères les plus constants des névralgies est de se produire par *paroxysmes* souvent très violents ; je n'ai trouvé qu'une seule exception à cette règle. Parfois ces affections se montrent sous forme d'*accès périodiques* bien tranchés ; on dit qu'il y a alors une *fièvre* intermittente larvée. Cependant je n'ai pas remarqué, dans les cas soumis à mon observation, les stades de la fièvre intermittente ; la périodicité seule était remarquable.

Les névralgies peuvent disparaître spontanément en quelques jours, se dissiper au bout de très peu de temps sous l'influence du traitement, ou au contraire persister de longues années et être rebelles à tous les traitements. Dans ces derniers cas, qui sont heureusement les plus rares, la maladie tourmente ordinairement les sujets pendant un temps variable, puis les laisse tranquilles pendant un temps qu'on ne peut pas préciser davantage, et qui est loin d'être toujours le même entre chaque atteinte, et ainsi de suite, parfois jusqu'à la mort, causée par une autre maladie.

La *terminaison* est favorable dans la grande majorité des cas, même en ne tenant aucun compte de ces névralgies extrêmement légères, qui se dissipent en très peu de jours. J'ai trouvé que dans la neuvième partie des cas environ, les sujets n'ont été que notablement soulagés, et que dans la neuvième partie également, il n'y avait eu ni guérison ni soulagement marqué ; tandis que dans les sept neuvièmes, la guérison avait été radicale. L'âge avancé, le haut degré de violence de la maladie, sa longue durée antérieure, sont les circonstances dans lesquelles on a observé le plus grand nombre de névralgies rebelles.

Les *récidives* sont on ne peut plus fréquentes dans les névralgies ; mais leur fréquence varie trop suivant l'espèce de névralgie pour qu'il soit possible d'en donner une indication générale de quelque utilité.

§ VI. — Lésions anatomiques.

C'est vainement qu'on a voulu assigner aux névralgies des lésions anatomiques qui leur soient propres ; nous verrons, en parlant de chacune de ces affections en particulier, que le gonflement, l'atrophie, le ramollissement, l'endurcissement des nerfs, etc., ont été signalés dans le très petit nombre de cas où l'on a cru trouver

la lésion appartenant à la névralgie, et il suffit de signaler ces faits contradictoires pour montrer qu'aucune de ces altérations ne caractérise la maladie qui nous occupe, sans même invoquer les cas où l'investigation la plus attentive n'a rien fait connaître et qui sont les plus nombreux.

Cependant M. Chomel (1) professe que la névralgie n'est le plus souvent que le symptôme d'une lésion occupant des organes ou des tissus qui avoisinent ou que traverse le nerf affecté. C'est sans aucun doute parce que M. Chomel n'admet que des névralgies très intenses et très rebelles qu'il a émis une semblable opinion ; car tous les jours on peut voir une multitude de névralgies siégant dans des points où n'existe aucune espèce de lésion organique, et qui sont enlevés par les traitements les plus simples dirigés uniquement contre la douleur.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Je ne m'étendrai pas longuement sur le diagnostic, parce que, à propos de chaque névralgie, j'aurai à l'établir d'une manière bien plus précise, et par conséquent bien plus importante. Je me bornerai donc à rappeler ce que j'ai dit, dans l'article précédent, relativement à la distinction de la névrite et de la névralgie ; à signaler les *névrômes* dont le caractère distinctif est une tumeur, mais parfois assez petite pour demander une recherche attentive, puisque Béclard en a vu de la grosseur d'un grain de chènevis dans la peau ; à mentionner le *rhumatisme musculaire*, dont les points de contact avec la névralgie sont très grands, comme je le ferai voir à propos des maladies des organes de la *locomotion ;* à indiquer les *douleurs lancinantes du cancer*, qui se distinguent par les symptômes concomitants de la maladie principale, et les *viscéralgies* dans lesquelles les troubles fonctionnels de l'organe occupent évidemment la première place, et qui ne présentent pas de points douloureux circonscrits et superficiels.

Pronostic. Nous avons vu, plus haut, que la grande ancienneté du mal, l'âge avancé du sujet et l'extrême violence de la maladie, sont des signes pronostiques défavorables. Je n'ai rien à ajouter ici à ces faits.

§ VIII. — Traitement.

Dans un ouvrage de pratique, il serait déplacé de traiter avec de très grands détails les questions générales ; c'est pourquoi je parlerai ici du traitement de la manière la plus succincte possible, ne m'arrêtant qu'aux médications qui ont été proposées comme très efficaces dans les névralgies, quel que soit leur siége.

Narcotiques. J'ai dit (2) que l'on doit avoir peu de confiance dans les narcotiques, quelle que soit la manière dont on les administre ; mais j'ai fait remarquer qu'il ne fallait pas entendre cette proposition dans un sens tout à fait absolu. Les narcotiques, en effet, et surtout la *morphine* administrés par la méthode endermique, ont le très grand avantage de calmer presque immédiatement les douleurs, et par conséquent, lorsque l'affection a une très grande violence, on ne saurait se dispenser d'en faire usage.

Quelque temps après la publication de mon ouvrage, M. Rougier (3) fit con-

(1) *Union médicale*, 24 janvier 1850.
(2) *Traité des névralgies.*
(3) *De la morphine administrée par la méthode endermique.* Lyon, 1843, in-8.

naître un certain nombre d'observations sur le traitement par la morphine à haute dose, et en tira la conclusion que cette médication est la plus utile dans le traitement des névralgies en général. Il faut ajouter toutefois que M. Rougier complète son traitement par l'administration de la *strychnine*, et qu'il y a là, par conséquent, une médication complexe ; mais il faut reconnaître aussi que la morphine tient la première place, et c'est par conséquent ici le lieu d'examiner les faits cités par M. Rougier. Mais auparavant disons quelle est sa manière d'agir.

Lorsque l'existence de la névralgie est bien constatée, M. Rougier commence par appliquer un, deux, ou trois *vésicatoires au marteau*, suivant le procédé de Mayor. On sait que pour appliquer ces vésicatoires, il suffit de laisser la tête d'un marteau plongée dans l'eau bouillante pendant quelques minutes ; puis la posant sur la peau, par son côté plane, on appuie en tournant rapidement, de manière à enlever l'épiderme. Les jours suivants, M. Rougier ajoute un ou deux vésicatoires aux précédents, de telle sorte que quand la névralgie est intense et exige un traitement un peu long, il en applique jusqu'à vingt, vingt-cinq et trente. Sur ces vésicatoires il dissémine le sel de morphine qu'il commence à administrer à la dose de 7 à 8 centigrammes ; puis il élève rapidement la dose, tant en augmentant la quantité du médicament sur les vésicatoires déjà existants, qu'en en ajoutant une nouvelle sur les surfaces qui viennent d'être dénudées ; et il ne craint pas d'arriver à 25, 30, 40 centigrammes par jour, et même à 60 si la douleur résiste.

« Une fois la douleur éteinte dans tout le membre, pour consolider et assurer la cure, nous continuons, dit M. Rougier (1), le remède en doses décroissantes, pour le cesser tout à fait au bout de quelques jours..... Mais, ajoute-t-il, la douleur disparue, si la névralgie était ancienne ou si le traitement s'est prolongé, il reste dans le membre une faiblesse quelquefois assez grande pour empêcher la progression..... Conduit par l'analogie, nous avons combattu cet accident avec le plus grand succès par la *strychnine*,.... et nous avons été conduit à trouver dans cet agent thérapeutique, non seulement le complément, mais encore la preuve de la guérison de la névralgie sciatique. »

Pour cette dernière partie de son traitement, M. Rougier administre la strychnine à l'intérieur, sous forme de *pilules d'un peu plus d'un demi-centigramme*, ou *d'un centigramme*, commençant par deux et augmentant la dose d'une pilule par jour pour les premières, et commençant par une pour augmenter également d'une par jour pour les secondes. Si, au bout de quelques jours, la motilité se rétablit sans douleur, la maladie est jugée guérie ; si la douleur reparaît, on recommence l'application de la morphine.

Si maintenant, nous examinons les résultats thérapeutiques, en les comparant à ceux que l'on obtient par une autre méthode de traitement, les vésicatoires volants multipliés, par exemple, nous voyons que la douleur est plus promptement diminuée par la méthode endermique : résultat tout naturel. Quant à la durée du traitement, on voit qu'elle a été sensiblement plus longue dans les cas observés par M. Rougier. A quoi cela tient-il ? Est-ce à la plus grande violence des cas qu'il a cités ? Rien ne le prouve. A la plus grande ancienneté de la maladie ? Pas davan-

(1) *Loc. cit.*, p. 29.

tage. Il paraît plus que probable qu'on doit en accuser l'emploi de la strychnine. On voit, en effet, dans les observations citées par M. Rougier, des douleurs dissipées se réveiller sous l'influence de cette substance, de manière à exiger souvent plusieurs jours du traitement le plus actif. Faut-il en conclure, avec l'auteur, qu'il y aurait eu une récidive, si la strychnine ne l'avait pas provoquée ? C'est ce qui peut paraître très douteux. Ne voyons-nous pas, dans la convalescence du rhumatisme articulaire aigu, des mouvements intempestifs reproduire l'affection, qui, selon toutes les probabilités, n'aurait point reparu sans eux ? Et n'est-il pas permis de croire que la strychnine agit de la même manière dans la production des névralgies ? L'expérimentation me paraît incomplète, et, comme on le voit, le résultat n'a pas été satisfaisant sous le rapport de la durée de la maladie.

En somme, M. Rougier n'a pas, par sa méthode, obtenu de plus grands succès que par la méthode, beaucoup plus simple, des vésicatoires volants multipliés, ce qui porte à croire que dans son traitement ce sont précisément ces vésicatoires qui ont la plus grande part à la guérison.

Les douleurs ont été plus promptement calmées, je le répète, et c'est là une considération qui est loin d'être sans importance dans une maladie qui cause de si vives souffrances. Si donc cette médication n'avait aucun inconvénient, on pourrait l'adopter, tout en supprimant la strychnine, dont l'utilité n'est pas démontrée. Mais, en administrant des doses aussi fortes de sel de morphine, on produit nécessairement un narcotisme considérable, et, il faut le dire, parce qu'il s'agit ici de la vie des malades et de la réputation du médecin. M. Rougier a eu à déplorer la perte d'un sujet empoisonné par la morphine. Le malade, il est vrai, avait mangé sans l'avoir dit à personne, et cette circonstance, ainsi que le fait remarquer M. Rougier, a été, sans doute, la cause prédisposante de l'empoisonnement; mais, on le voit, il suffirait d'une imprudence du malade pour que le remède administré par le médecin lui donnât la mort, et quel est le praticien qui voudrait s'exposer à cet accident, quelque rare qu'il doive être ? Évidemment les doses proposées par M. Rougier sont trop fortes, et, dans les cas même où l'extrême intensité des douleurs engagerait à avoir recours à l'application du sel narcotique, on devrait les réduire beaucoup, et se borner à employer deux, trois, quatre et cinq centigrammes, dose ordinairement suffisante. On n'en emploie davantage que dans des cas exceptionnels soumis à l'appréciation du médecin.

J'ai signalé un phénomène qui est quelquefois très remarquable à la suite de l'application d'un sel de morphine sur la peau dépouillée de son épiderme : ce sont des douleurs insupportables qui forcent les malades à arracher l'appareil. J'ai cité un cas de ce genre dans mon *Traité des névralgies*, et depuis j'ai été consulté par un médecin de la province, à qui l'on avait voulu faire de semblables applications pour une névralgie trifaciale, et qui souffrait à tel point, dès que l'action locale du sel se faisait sentir, qu'il se roulait par terre. Ces cas, il est vrai, sont rares; M. Rougier n'en a observé aucun, et, le plus souvent, la cuisson déterminée par le sel de morphine est assez facilement supportée. Elle ne dure guère que pendant un temps qui varie entre un quart d'heure et une heure; quelquefois cette durée est beaucoup plus courte. J'ai depuis connu la cause de ces vives douleurs. Elles sont dues à ce que les vésicatoires sont excités par la pommade épispastique. Par là

s'explique l'absence de ces douleurs dans les cas de M. Rougier, où les vésicatoires étaient pansés simplement.

Inoculation de la morphine. M. le docteur Lafargue, de Saint-Émilion (1), a fait, de l'emploi de la morphine par la méthode endermique, la base du traitement; mais il ne se sert pas, pour la faire absorber, de la surface d'un vésicatoire, il a seulement recours à l'*inoculation*. On peut donc considérer le traitement comme simple. Par ce moyen, M. Lafargue a obtenu des succès très évidents et parfois très prompts; mais il est bien des cas qui résistent à ce mode de traitement, et l'on ne saurait le substituer aux vésicatoires et à la cautérisation transcurrente. Toutefois il ne faut pas le négliger; il peut rendre de grands services, surtout dans les névralgies qui occupent un siége où l'application des vésicatoires est difficile et insuffisante, la face, par exemple, sur laquelle nous ne sommes, d'un autre côté, appelés à pratiquer la cautérisation que dans des cas d'une intensité telle, que les malades ne sont plus arrêtés par aucune considération. L'inoculation, telle que la pratique M. Lafargue, m'a été très utile dans ces circonstances. Voici comment on agit :

On prend de 5 à 15 ou 20 centigrammes d'un sel de morphine, on le réduit en pâte très molle par l'addition d'une très petite quantité d'eau; on en charge la pointe d'une lancette ordinaire, et on l'introduit sous l'épiderme, comme dans une vaccination ordinaire, en ayant soin d'appuyer sur le point piqué avec l'index de la main gauche, avant de retirer la lancette, pour que le médicament reste dans la piqûre. On fait ainsi 10, 20, 30 piqûres sur toute la partie affectée, et l'on use la quantité de morphine que l'on a d'abord résolu d'user. On comprend bien que, sur cette quantité, il n'y en a qu'une très petite portion qui soit absorbée. Les piqûres sont à peine douloureuses au moment où on les fait. Immédiatement après, il s'y produit le prurit légèrement cuisant, occasionné par la morphine, et le pourtour rougit à une certaine distance. Le lendemain, il n'en reste d'autres traces qu'un point rouge. Il faut pratiquer ces inoculations tous les jours, et même matin et soir, jusqu'à ce que la douleur soit dissipée.

Chloroforme. M. Gaussail (2) a cité un cas dans lequel des douleurs sciatiques violentes ont été calmées par des *lavements contenant 4 grammes d'éther pour* 100 *grammes d'eau*. On peut remplacer l'éther par 10 *à* 20 *gouttes de chloroforme*. Ce moyen est facilement applicable à toutes les névralgies.

M. le docteur Barrier (3) a, de son côté, rapporté des faits qui prouvent que le *chloroforme* peut avoir de très bons effets dans le traitement des névralgies.

Le chloroforme a réussi, non seulement en *lavements*, en *potions*, en *inhalations*, mais encore en applications locales, comme le démontrent les faits cités par M. le docteur Contal, de Vezelise (4), et par plusieurs autres auteurs.

Cette précieuse substance ne doit donc pas plus être négligée dans cette maladie que dans beaucoup d'autres affections douloureuses. Mais, le plus souvent, il ne faut pas en attendre une guérison radicale; elle produit seulement un grand soulagement et peut faire disparaître les accès.

(1) *Des avantages de l'inoculation de la morphine* (*Bull. gén. de thér.*, t. XXXIII, 1847).
(2) *Journ. de méd. de Toulouse* et *Journ. des conn. méd.*, juillet 1849.
(3) *Bull. gén. de thér.*, décembre 1848.
(4) *Journ. des conn. méd.-chir.*, août 1849.



Vésicatoires volants multipliés. C'est le moyen que j'ai trouvé le plus promptement et le plus constamment efficace dans les névralgies. J'en parlerai à propos de chaque névralgie en particulier, et je me borne ici à renvoyer aux détails dans lesquels je suis entré ailleurs (1).

La *cautérisation par le fer rouge*, déjà appliquée par les Arabes, mais sans méthode, a procuré à M. Jobert (de Lamballe) des succès évidents. Ce chirurgien (2) emploie la *cautérisation transcurrente.* Le fer rouge est promené légèrement le long du trajet du nerf, et, pour me servir de l'expression de M. Jobert, *comme si elle ne faisait qu'effleurer une surface liquide.* Il en résulte une brûlure superficielle, dont la douleur est assez promptement calmée par l'application de compresses trempées dans l'eau froide, et qui, au bout de peu de temps, ne laisse plus aucune trace. Souvent il suffit de cautériser ainsi la surface de la peau qui recouvre le rameau nerveux principalement affecté, pour voir la douleur disparaître de tous les points qu'elle occupait. Quelquefois, au contraire, la douleur, abandonnant le point cautérisé, se réfugie dans les autres, et il faut l'y poursuivre à l'aide du même moyen ; parfois, enfin, on peut la faire disparaître dans une partie du nerf, tandis qu'elle persiste dans l'autre, au point d'exiger une nouvelle cautérisation. C'est ainsi que, dans la névralgie sciatique, par exemple, la cautérisation transcurrente, appliquée seulement le long de la cuisse, y fait cesser la douleur qui persiste dans la jambe, où l'on est obligé d'appliquer le même moyen au bout de trois ou quatre jours.

Le cautère actuel, je le répète, a une efficacité incontestable, et qui, d'après les faits connus, est supérieure à celle des vésicatoires; mais beaucoup de malades refusent de s'y soumettre, et c'est uniquement pour cela que les vésicatoires volants sont plus généralement employés.

Tel était l'état de la science lorsque j'ai publié la première édition de cet ouvrage ; mais depuis la découverte de l'éthérisation, les choses ont bien changé. Les malades n'ont plus de motif de se refuser à cette opération, qui, la première douleur évitée, a infiniment moins d'inconvénients qu'un simple vésicatoire. Aussi reconnaissant que la cautérisation transcurrente est le moyen le plus puissant qui ait été opposé aux névralgies, n'ai-je plus hésité à en faire la base du traitement, et aujourd'hui je l'ai pratiquée plus de 150 fois avec un succès constant dans les névralgies simples.

Il importe donc beaucoup de faire connaître le *procédé opératoire* dans tous ses détails, et ces détails, je les emprunte à M. Notta (3) qui a recueilli, dans mon service à l'Hôtel-Dieu annexe, des faits qui ont servi de sujet à un mémoire fort intéressant.

CAUTÉRISATION TRANSCURRENTE.

« Chaque agent thérapeutique, on le sait, a une action qui varie, dit M. Notta, suivant son mode d'administration ; de sorte que pour obtenir des effets constants

(1) *Traité des névralgies*, et dans un *Mém. sur le trait. des névr. par les vésicat. volants appliqués sur les principaux points douloureux* (*Arch. gén. de méd.*, 3ᵉ série, 1842, t. XIII, p. 336).

(2) Voy. *Études sur le système nerveux*. Paris, 1838, t. II, *passim*.

(3) *Traitement des névralgies par la cautérisation transcurrente* (*Union médicale*, 5, 12, 14 et 16 octobre 1847).

d'un médicament il faut l'administrer d'une certaine façon qui doit toujours être la même. Aussi ai-je pensé qu'il était important de faire connaître dans tous ses détails la manière dont M. Valleix a employé le cautère actuel dans tous les cas qui font l'objet de ce travail.

» On place le malade dans une position convenable, pour que la partie sur laquelle on veut agir soit facilement accessible au médecin. Lorsque la cautérisation demande une grande précision, comme à la face, par exemple, il est bon de tracer à l'encre la ligne que doit parcourir le fer rouge ; on évite ainsi toute hésitation au moment de son application. On soumet ensuite le malade aux inhalations éthérées, et dès que l'on constate que l'insensibilité est complète, on trace rapidement avec le cautère cultellaire rougi à blanc, sur le trajet du nerf, une ou plusieurs raies, suivant l'indication, comme nous allons le voir plus loin. Quoique le malade n'ait pas conscience de l'application du fer rouge, il pousse quelquefois des plaintes, d'autres fois il fait quelques mouvements involontaires qui gênent l'opérateur, et l'exposent à cautériser ailleurs ou plus profondément qu'il ne voudrait ; aussi est-il prudent de faire maintenir le patient par des aides. Dès que la cautérisation est achevée, on applique des compresses imbibées d'eau fraîche sur le trajet de la raie de feu.

» Le cautère, en parcourant la surface de la peau, y dessine des lignes brunâtres produites par la désorganisation de l'épiderme. Dans certains points l'épiderme s'est collé au fer et a été enlevé de la surface du tégument ; dans d'autres, il y est resté et s'est froncé. Il suit de là que la coloration de la raie n'est pas immédiatement la même dans toute son étendue, et qu'il y a des points où, au lieu d'être brune, elle est seulement jaunâtre. Le lendemain les raies ont une teinte plus uniforme, d'un rouge brun obscur. Elles sont sèches ; la portion de la peau qui leur est contiguë est très légèrement crispée ; le malade ressent un peu de chaleur sur leur trajet ; les mouvements qui tendent la peau en ce point y causent une douleur, qui du reste, est très supportable. Enfin, le surlendemain, quelquefois même dès le lendemain de la cautérisation, on voit tout le long des deux bords de la raie de feu un petit liséré rouge dont la largeur varie entre 2 ou 4 millimètres et un centimètre, et dans quelques points l'épiderme est soulevé par un peu de sérosité. Les jours suivants, le sentiment de chaleur se dissipe ; la tension de la peau cesse d'être douloureuse ; et au bout de cinq ou six jours, l'épiderme, ou plutôt une croûte brunâtre qui s'est formée, tombe sans suppuration, laissant une surface rouge, lisse, unie, dont la trace s'efface complétement à la longue. Si, pendant les jours qui suivent l'application du cautère, le malade accusait un sentiment de cuisson incommode au niveau de la raie de feu, on reviendrait à l'emploi des compresses imbibées d'eau froide ; mais, dans l'immense majorité des cas, il est inutile de recourir à ce moyen.

» La cautérisation, telle que l'a faite M. Valleix, a produit les effets que je viens de décrire. On voit d'après cela qu'elle est encore plus superficielle que ne la pratique M. Jobert, puisqu'elle ne détermine aucune ulcération et ne nécessite pas l'application des linges enduits de cérat employés par cet auteur.

» Si l'on cautérise trop profondément, la suppuration s'établit, et avant l'élimination de l'escarre produite et la guérison de l'ulcération il se passe un temps assez long ; de plus, on est exposé à avoir une cicatrice là où le cautère a passé. Mais

ces inconvénients sont trop faciles à éviter pour qu'il soit utile d'y insister plus longtemps.

» Il ne faudrait pas croire que la profondeur de la raie de feu doive être en rapport avec l'intensité ou l'ancienneté de la maladie. Les faits m'ont démontré que la formation d'une escarre, et partant la suppuration, sont parfaitement inutiles.

» J'ai sous les yeux l'observation d'un malade affecté d'une sciatique rebelle, que des raies de feu telles que je viens de les décrire ont guéri, et qui n'avait point été soulagé par l'application de deux moxas, quoiqu'ils eussent été placés convenablement. Un autre malade que l'on cautérisa trop profondément fut délivré de ses douleurs névralgiques le quatrième jour ; mais, au bout de quinze jours, la raie de feu était encore en suppuration et lui causait de la douleur. Ainsi la guérison a été moins rapide dans ce cas que dans beaucoup d'autres chez lesquels la douleur disparaissait du jour au lendemain, quoique la cautérisation ait été tellement légère, qu'elle ne produisit pas de suppuration.

» Il résulte de ces faits que toute cautérisation profonde doit être proscrite.

» En effet, comme l'a démontré M. Valleix, dans les médications externes, c'est l'irritation superficielle du derme qui guérit les névralgies. N'est-ce pas là le mode d'action du vésicatoire volant?

» Si dans quelques cas les vésicatoires pansés avec la morphine ont produit plus d'effet que ceux pansés avec le cérat simple, on peut se demander si la morphine n'a pas agi plutôt comme irritant que comme sédatif. En effet, le vésicatoire volant pansé avec du cérat simple est sec en trois jours ; pansé avec du cérat saupoudré de morphine, il devient parfois le siége de vives douleurs, sa surface s'irrite, et il ne sèche qu'au bout de cinq ou six jours. Quant aux piqûres avec la morphine, elles déterminent une douleur assez vive et une irritation presque instantanée de la surface du derme, qui explique comment elles ont quelquefois calmé la douleur névralgique avant même que l'absorption ait pu avoir lieu. Leur action, dans ce cas, est exactement la même que celle des piqûres de sangsues et des ventouses scarifiées.

» L'électricité elle-même, qui compte quelques succès, agit peut-être d'une façon analogue. Les points au niveau desquels les pôles de la pile sont appliqués deviennent bientôt le siége d'une vive douleur ; la peau rougit, les bulbes des poils font saillie ; il y a irritation moins violente, il est vrai, que celle produite par le vésicatoire ; mais on conçoit qu'elle ait pu suffire pour guérir des névralgies peu intenses.

» On peut en dire autant du sinapisme.

» Ainsi, les modes de traitement des névralgies, qui rentrent dans la médication externe, agissent tous par l'irritation qu'ils déterminent à la surface de la peau, et ce qui fait probablement la supériorité des raies de feu sur tous les autres moyens, c'est l'instantanéité et l'intensité de cette irritation.

» Comme on pourrait craindre que cette irritation de la peau, en raison même de son intensité, ne devînt souvent le point de départ d'érysipèles, je ferai remarquer que cette année, à l'Hôtel-Dieu annexe, dans les services de M. Valleix et de M. Beau, on a employé quarante-cinq fois la cautérisation transcurrente, tant pour des névralgies que pour d'autres affections dans lesquelles on voulait obtenir une violente révulsion cutanée, et une seule fois l'érysipèle s'est développé à la suite

de son application. Le malade a guéri. Ne voit-on pas tous les jours un vésicatoire, un sinapisme devenir, chez certains sujets, le point de départ d'un érysipèle ? Aussi ce seul fait, sur un aussi grand nombre de cautérisations, prouve que les raies de feu n'y exposent pas plus que tous les autres irritants placés à la surface de la peau. Du reste, pour éviter autant que possible cette complication, qui pourrait devenir fâcheuse, il faut, quand on applique plusieurs raies parallèles, mettre entre elles une distance au moins de deux travers de doigt. Placées plus près les unes des autres, les auréoles inflammatoires qui les entourent, venant à s'étendre, se confondraient, et leur irritation, augmentant d'intensité, déterminerait d'abord des douleurs pénibles pour le malade, et ensuite pourrait favoriser le développement d'un érysipèle.

» Il est inutile de dire que les raies de feu ne doivent jamais s'entrecroiser, car dans le point de l'entrecroisement il y aurait formation d'une escarre, suppuration et cicatrice indélébile.

» Les raies de feu doivent être appliquées sur le trajet du nerf et dans toute l'étendue où il présente des points douloureux. Il n'est pas nécessaire que le cautère passe par tous les foyers de douleur, mais il faut autant que possible qu'il passe par le plus grand nombre et par les plus douloureux. Comme on le voit, les règles qui président à l'application des raies de feu sont celles qui ont été posées par M. Valleix pour l'application du vésicatoire. Ainsi, pour une névralgie dorso-intercostale envahissant tout un côté de la poitrine, une raie verticale à deux travers de doigt en dehors des apophyses épineuses du côté malade, et deux ou trois raies transversales dans la direction des espaces intercostaux suffisent pour produire la guérison; pour une sciatique, une raie oblique allant de la symphyse sacro-iliaque au grand trochanter, et une raie verticale suivant le trajet du nerf depuis le bord inférieur du muscle grand fessier jusqu'à la partie inférieure de la jambe.

» On le conçoit, le lieu d'élection, la direction, la longueur des raies de feu ne sont pas toujours les mêmes pour la même névralgie ; ils changent suivant la distribution variable des points douloureux, suivant que la névralgie est bornée à telle ou telle portion du nerf. »

Tels sont les faits recueillis sous mes yeux par M. Notta. Depuis lors, ils se sont beaucoup multipliés et toujours avec les mêmes résultats. Je n'ai pas vu survenir un seul érysipèle.

J'ajoute, et c'est ce que j'ai établi récemment dans un mémoire sur les *cautérisations de l'hélix* (1), que, dans les cas intenses, il faut revenir deux, trois, quatre fois et plus à la cautérisation. De cette manière, ce *mode de traitement s'est montré infaillible*, ce qu'on ne peut dire d'aucun autre. A chaque nouvelle cautérisation, il survient une amélioration notable qui, ordinairement, se fait attendre deux ou trois jours et plus. Les malades ont souvent peur de ce traitement ; c'est aux médecins à les familiariser avec lui, et ils le peuvent d'autant plus, qu'avec le chloroforme il n'est pas douloureux, et qu'immédiatement après on peut se livrer à ses occupations. J'ai vu même des sujets se mettre en voyage, le lendemain, sans inconvénients. Un simple vésicatoire est plus douloureux et plus gênant que la cautérisation de tout un membre. Après cela, je ne comprendrais pas que ce traitement ne devînt pas populaire.

(1) *Union médicale*, novembre 1850.

La *cautérisation avec le nitrate d'argent fondu* sur le point douloureux a été employée avec succès par M. Marotte (1). Sur 13 observations citées par ce médecin, la guérison a été rapide et complète dix fois; dans 2 cas ce moyen a échoué et dans un il n'a produit qu'une amélioration momentanée.

Le procédé opératoire est bien simple : il suffit de passer à plusieurs reprises le crayon de nitrate d'argent, préalablement mouillé, sur les points qu'on veut cautériser.

Ce moyen n'a été employé que dans des névralgies symptomatiques, qui la plupart disparaissent rapidement d'elles-mêmes; cependant M. Th. Lévy a vu dans un cas de sciatique, la douleur disparaître rapidement par ce moyen; ajoutons que dans ce cas un grand nombre de points douloureux avaient été touchés et que la cautérisation faite assez fortement avait déterminé dans certains points une véritable vésication.

Le succès de cette médication n'a rien qui doive nous surprendre, puisque, comme je l'ai établi, tout ce qui irrite la peau peut guérir la névralgie. Il est probable que dans les cas très intenses, ce moyen ne serait pas assez puissant.

Les mêmes réflexions s'appliquent à la *cautérisation par l'acide sulfurique* concentré, proposée par M. Legroux (2). Elle se pratique au moyen d'un pinceau fait avec de la ouate enroulée sur l'extrémité d'une baguette. « Ce moyen, dit-il, effraie moins les malades que le fer rouge et son action est aussi puissante. » Après la cautérisation on couvre les parties avec la ouate ou des compresses d'eau froide.

J'ai mis en usage ce moyen qui est d'une utilité incontestable, et il ne pouvait pas en être autrement d'après les raisons données plus haut. Mais voici les inconvénients qu'il peut avoir :

1° L'épuisement du pinceau empêche le liquide d'être étendu uniformément.

2° Le peu de coloration de ce caustique expose l'opérateur à en employer une trop grande quantité, et à repasser sur des parties déjà cautérisées.

3° Sensation de brûlure assez intense après la cautérisation.

4° Cicatrisation lente des ulcérations.

5° Pour peu que l'on ait cautérisé profondément il reste des cicatrices après la guérison.

On a encore proposé les *sangsues* et les *ventouses scarifiées;* mais l'analyse des faits m'a prouvé que ces moyens agissent, dans l'immense majorité des cas du moins, non par le sang qu'ils enlèvent à la circulation, mais par l'irritation que produisent à la peau les incisions et les piqûres. Et c'est ici le lieu de faire remarquer que les médications externes les plus efficaces sont celles qui produisent cette irritation; bien plus, nous voyons que, à mesure que celle-ci devient plus grande, l'efficacité du moyen augmente, de sorte que la démonstration de ce fait important ne laisse rien à désirer.

L'action des *sinapismes* vient encore confirmer l'exactitude de cette proposition. Lorsque la névralgie est récente et peu violente, il suffit souvent d'un ou de plusieurs sinapismes sur les principaux points douloureux pour faire cesser promptement la maladie. M. Malgaigne a souvent réussi de cette manière dans des cas d'une

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er novembre 1851.

(2) *Bull. gén. de thér.*, 30 septembre 1852.



certaine intensité. Mais dans les névralgies de longue durée et d'une intensité considérable, les sinapismes ne produisent, comme l'expérience me l'a prouvé, qu'une amélioration passagère.

L'*électricité* a été proposée par plusieurs auteurs, et l'on sait que dans ces derniers temps M. Magendie l'a mise en usage, principalement dans la névralgie de la face. Ce moyen compte des succès évidents. Les docteurs Bailly (1), Gourdon (2), Duchenne, et plusieurs autres en rapportent des exemples; mais ces exemples ne suffisent pas; et s'il est vrai que l'électricité ait procuré la guérison d'un certain nombre de névralgies, on peut dire aussi que souvent la maladie résiste à son application. Je reviendrai du reste sur ce moyen dans les névralgies en particulier.

L'*acupuncture* a joui pendant quelque temps d'une très grande faveur. M. Dantu (3) a rassemblé quarante-sept cas, dans lesquels l'acupuncture, pratiquée par M. J. Cloquet, a procuré trente-sept fois la guérison. Ce résultat serait avantageux si nous étions sûrs que l'on n'a appliqué l'acupuncture qu'à des névralgies bien établies, et qu'on n'a pas fait entrer dans le calcul ces cas légers qui guérissent d'eux-mêmes. Je n'ai malheureusement pas pu examiner toutes les observations citées par M. Dantu; mais ce qui me porte à croire que l'acupuncture n'a pas, à beaucoup près, toute l'efficacité qu'on lui a attribuée, et que les médecins ont trouvé un grand nombre de cas rebelles à son action, c'est qu'elle est aujourd'hui presque généralement abandonnée.

L'*application de l'aimant* a été aussi vantée par quelques médecins; mais son usage est très peu répandu.

Le *massage* et la *percussion* des parties affectées de névralgie ont été généralement pratiqués par des personnes étrangères à la médecine; cependant Récamier a, dans ces dernières années (4), beaucoup vanté ces deux moyens et cité des faits de guérison. Dans plusieurs cas, j'ai employé le *massage* et plus rarement la *percussion*, pour me rendre compte de leurs effets. Or j'ai vu que toutes les fois ces moyens, difficiles à supporter à cause de la douleur qu'ils occasionnent, ont produit, immédiatement après leur application, un soulagement très marqué; mais la douleur est revenue constamment au bout d'un temps ordinairement peu considérable, et, de plus, certains malades ont eu une douleur contusive résultant de la forte pression exercée sur les tissus. Je ne crois pas, par conséquent, qu'on puisse compter sur ces moyens pour obtenir, dans la très grande majorité des cas du moins, une guérison radicale.

Les névralgies se montrent assez fréquemment chez des personnes plus ou moins *anémiques*, et nous avons vu plus haut qu'un tiers environ des femmes qui en sont atteintes présentent des troubles marqués de la menstruation. C'est ce qui a engagé beaucoup de médecins à mettre en usage les *emménagogues*, et surtout les *ferrugineux*. Puis quelques uns, généralisant l'emploi des préparations ferrugineuses, les ont administrées dans toutes les névralgies indistinctement. M. Hutchinson a particulièrement préconisé le *carbonate de fer*. L'analyse que

(1) *Revue médicale*, 1825.

(2) *Journ. des conn. méd.*, mars 1836.

(3) *Traité de l'acupuncture*. Paris, 1826, et Bayle, *Bibl. de thérap.* Paris, 1828, t. I, p. 438 et 457.

(4) *Revue médicale*.

j'ai faite des observations dans lesquelles ce médicament a été employé ne m'a pas prouvé qu'il ait, à beaucoup près, toute l'efficacité que l'auteur lui a attribuée, et je suis resté convaincu que ce n'est guère que dans des cas particuliers qui, ainsi que je l'ai démontré dans mes recherches sur les névralgies, ne s'expliquent pas parfaitement par l'existence d'une chlorose, que ce médicament a un véritable succès. Bien plus, j'ai trouvé que, même dans ces cas, on pouvait par le traitement local faire disparaître les douleurs, avant que le sang fût revenu à son état normal, de telle sorte que, en général, l'administration du carbonate de fer n'a d'autre avantage que de consolider la guérison.

La *périodicité* fournit, dans le traitement des névralgies, une des indications les plus précieuses; mais chose singulière, en faisant l'analyse des faits que j'ai recueillis, j'ai trouvé que cette indication était trompeuse dans la moitié des cas environ, sans que l'on pût découvrir de différence notable dans les cas de réussite et dans ceux de non-réussite. Cela n'empêche pas, bien entendu, que le médecin ne doive avoir le plus grand égard à cette indication ; car dans les cas où elle n'est pas trompeuse, la maladie est rapidement enlevée, comme une fièvre intermittente ordinaire. C'est le *sulfate de quinine* qu'on emploie presque toujours. Il suffit ordinairement de la dose de 40, 50 ou 60 centigrammes. Dans mon *Traité des névralgies*, j'ai dit qu'au bout de quatre ou cinq jours de son administration, on doit, si ce sel n'agit pas, le remplacer par un autre moyen ; mais le terme est trop court. Il y a peu de temps que j'ai vu à l'Hôtel-Dieu annexe un malade affecté d'une névralgie trifaciale périodique, chez lequel, au bout de ce temps, le sulfate de quinine n'avait pas procuré de mieux sensible ; et cependant la périodicité était tellement marquée, la douleur disparaissait si complétement dans les intervalles des accès réguliers, que je crus devoir insister. Or deux ou trois jours après, l'accès devint beaucoup moins fort, et en très peu de temps le malade fut complétement guéri. Enfin, plus récemment, j'ai vu qu'en élevant la dose du sel antipériodique à 1 gramme et plus, on trouve beaucoup moins de cas réfractaires.

Quelques auteurs ont fait entrer le *quinquina* dans leurs préparations antinévralgiques ; d'autres ont employé des succédanés de ce médicament, la *salicine*, par exemple (Serre). L'emploi de l'*arsenic* et les guérisons obtenues par ce moyen doivent également trouver place ici ; car, d'après un certain nombre de faits bien connus, et principalement d'après ceux qu'a cités M. Boudin, tout porte à croire que ce médicament a agi comme succédané du quinquina (1) ; mais le sulfate de quinine est trop préférable pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ces moyens.

M. le docteur Leriche (2) a appliqué au traitement de toutes les névralgies l'emploi de l'*huile essentielle de térébenthine*, qu'on n'administrait guère que dans la sciatique. Ce médecin a évité les accidents occasionnés par ce médicament en en diminuant notablement les doses, et néanmoins il a réussi de cette manière à guérir vingt et un cas de névralgies diverses. Voici la formule qu'il emploie :

℞ Essence de tilleul.......	100 gram.	Gomme arabique.........	5 gram.
de menthe......	15 gram.	Sirop de capillaire........	30 gram.
de térébenthine..	1 ou 2 gram.		

Mêlez. Dose : 3 ou 4 cuillerées à bouche par jour.

(1) Voy. *Traité des fièvres intermittentes*. Paris, 1842, in-8.
(2) *Union méd.*, 19 octobre 1848.

Quelquefois les douleurs de la syphilis prennent le caractère névralgique. M. le docteur Vaulpré (1) cite trois guérisons de névralgies diverses dues à cette cause et qu'on avait vainement traitées par les moyens ordinaires. Il est évident qu'en pareil cas, les *antisyphilitiques* conviennent seuls.

Je pourrais, comme on le pense bien, grossir beaucoup cette liste de moyens thérapeutiques dirigés contre les névralgies, car ces affections comptant un nombre assez notable de cas extrêmement rebelles, on a dû nécessairement recourir à une multitude de remèdes divers; mais je ne crois pas devoir le faire ici, parce que nous retrouvons les principaux de ces moyens dans certaines névralgies particulières, contre lesquelles ils ont été plus spécialement dirigés. C'est ainsi que je parlerai des *pilules de Méglin*, du *valérianate de zinc*, de la *belladone*, de l'*aconit*, à propos de la névralgie trifaciale, etc. Je crois qu'il sera plus utile ici de faire rapidement un résumé critique de ce qui vient d'être dit.

Résumé. Si nous examinons les faits rapportés par les auteurs, nous voyons que les médications qui comptent les succès les plus nombreux et les plus prompts sont : 1° *pour les névralgies ordinaires*, le traitement local par les moyens qui irritent la peau, moyens à la tête desquels il faut placer la cautérisation transcurrente et les vésicatoires volants multipliés; 2° *pour les névralgies périodiques*, le sulfate de quinine.

On ne peut néanmoins disconvenir que par d'autres médications on n'ait obtenu de remarquables succès; mais on ne peut douter aussi qu'un bon nombre de ces succès ne soient dus tout simplement à ce que l'on a eu fréquemment affaire à des névralgies qui devaient disparaître toutes seules; ce qui fait qu'on a dû nécessairement obtenir des guérisons par les moyens les plus variés. Nous ne pourrons apprécier ces divers moyens d'une manière tout à fait satisfaisante, que lorsque les auteurs nous auront fourni leurs observations avec tous les détails indispensables; et en attendant nous devons conserver quelques doutes, non pas assurément sur les guérisons qu'ils ont citées, mais sur l'efficacité générale des médicaments qu'ils ont préconisés. Nous devons surtout bien nous garder de les considérer comme supérieurs à ceux que nous avons signalés en première ligne, bien que chaque auteur ait vanté son traitement par-dessus tous les autres.

Mais quelle que soit l'efficacité des traitements préconisés, il y a toujours, ai-je dit, un certain nombre de cas rebelles ; il n'est pas même très rare de voir des cas qui, ayant résisté à plusieurs des médications qui comptent le plus grand nombre de succès, finissent par céder sous l'influence d'un remède beaucoup moins efficace. Le médecin ne doit pas perdre de vue cette bizarrerie de la maladie dans certains cas. Il doit alors rechercher attentivement s'il n'existe pas quelque circonstance qui puisse lui fournir une indication particulière : ainsi un certain degré d'anémie qui indique l'emploi des ferrugineux ; une périodicité quelque douteuse qu'elle soit, etc. Souvent, il ne doit pas se le dissimuler, il ne pourra rien découvrir de semblable, et alors il sera réduit à passer en revue les divers moyens conseillés, de telle sorte qu'il ne doit ignorer aucun de ceux à l'appui desquels on a rapporté quelques observations d'une certaine valeur. Aussi, dans les névralgies en particulier, n'épargnerai-je rien pour faire entrer dans la partie du traitement tous les détails qui me paraîtront avoir une importance réelle.

(1) *Bull. gén. de thér.*, 30 janvier 1852.

ARTICLE III.

DIVISION DES NÉVRALGIES.

Il est nécessaire de consacrer un article à la division des névralgies, pour que le lecteur puisse savoir où il trouvera la description de certaines douleurs de rameaux nerveux isolés, que beaucoup d'auteurs ont considérées comme des névralgies entièrement indépendantes, et ont décrites sous des noms divers.

Les observateurs ayant trouvé des douleurs très vives dans les nerfs frontal, sous-orbitaire, nasal, cubital, plantaire, etc., etc., on a décrit autant de névralgies que ces douleurs ont affecté de siéges ainsi limités; mais, étudiant les faits avec grand soin, j'ai reconnu que, dans l'immense majorité des cas, ces névralgies ne sont pas aussi complétement isolées qu'on le pense, et que les autres rameaux appartenant au même nerf sont également affectés, quoiqu'à un degré bien inférieur. Je ne nie pas néanmoins, tant s'en faut, la possibilité de ces névralgies limitées. Qui n'a vu, par exemple, des douleurs évidemment névralgiques bornées au nerf dentaire inférieur ? Mais je dis que ces cas sont fort rares et peuvent être regardés comme des exceptions. Aussi ai-je pu, sans m'éloigner de la vérité, m'exprimer ainsi dans mon *Traité des névralgies* (p. 656) : « Lors donc qu'un auteur désigne la maladie par le nom d'une des divisions secondaires, il faut entendre que cette branche est *principalement*, mais non *exclusivement* affectée. » Les exceptions que je viens de signaler ne sauraient infirmer cette règle.

D'après ces considérations, j'ai divisé les névralgies en huit espèces qui ont pour siége les principaux nerfs du corps, et j'ai indiqué comme des *variétés* les douleurs bornées à un rameau de ces nerfs. Voici cette division : 1re *espèce :* Névralgie trifaciale ; *variétés :* N. sus-orbitaire, sous-orbitaire, maxillaire inférieure, nasale, temporale. Ces deux dernières variétés sont extrêmement rares. — 2e *espèce :* Névralgie cervico-occipitale ; *variétés :* N. occipitale proprement dite ; N. mastoïdienne. — 3e *espèce :* Névralgie brachiale ; *variétés :* N. cubitale, musculo-cutanée, radiale, médiane. Cette dernière variété est fort rare. — 4e *espèce :* Névralgie dorso-intercostale ; *variétés :* N. dorsale ; N. intercostale. Il est fort rare que la névralgie soit limitée aux rameaux dorsaux ou aux rameaux intercostaux. — 5e *espèce :* Névralgie lombo-abdominale ; *variétés :* N. lombaire, iléo-scrotale. — 6e *espèce :* Névralgie crurale. — 7e *espèce :* Névralgie fémoro-poplitée, ou sciatique ; *variétés :* N. péronière, plantaire externe, plantaire interne. — 8e *espèce :* Névralgie multiple, ou erratique. — J'ajoute une 9e *espèce*, qui est la *névralgie générale*, dont j'ai observé plusieurs exemples dans ces dernières années (1).

Telles sont les diverses espèces que je vais avoir à traiter dans les articles suivants. Cette division a été admise par les auteurs qui ont écrit sur ce sujet dans ces dernières années. Je n'ai pas fait entrer dans ce cadre l'*angine de poitrine*, parce qu'il n'est pas parfaitement démontré que ce soit une névralgie. Je crois devoir en placer la description, ainsi que celle de la *migraine*, dans la grande division des névroses, ce qui ne préjugera rien sur leur nature et sur leur siége. Quant à l'avant-dernière espèce que j'ai signalée, c'est-à-dire la névralgie multiple

(1) Voy. plus loin l'article *Névralgie générale*.

ou erratique, je n'en dirai que quelques mots, parce qu'elle n'est autre chose que la coexistence de plusieurs névralgies chez un même individu, ou le passage de la douleur névralgique d'un nerf à l'autre.

Après ces considérations générales sur les névralgies, je peux aborder chacune de ces affections en particulier, sans être obligé d'entrer à chaque instant dans des explications qui en rendraient la description fatigante.

ARTICLE IV.

NÉVRALGIE TRIFACIALE.

Ainsi que je l'ai fait voir dans mon *Traité des névralgies*, c'est à Arétée (1) que commence réellement l'histoire de la névralgie trifaciale. Puis, jusqu'à André, cette maladie reste très imparfaitement connue. Ce dernier auteur en signale plusieurs cas très intéressants. Fothergill (2) en trace ensuite une description beaucoup plus exacte et plus complète, et à une époque plus rapprochée de nous, plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut distinguer les docteurs Méglin (3) et Halliday (4), en ont fait le sujet de leurs intéressantes recherches.

Dans la description de la névralgie trifaciale, j'aurai à traiter séparément de l'affection douloureuse du nerf maxillaire inférieur, parce que, comme je l'ai dit plus haut, cette névralgie partielle est celle qui se montre le plus fréquemment isolée, ce qui est important pour la pratique.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le nom que je donne à la maladie prouve qu'elle est uniquement constituée par la douleur du nerf trifacial. On verra, à l'article *Diagnostic*, qu'il résulte de mes recherches, comme de celles de plusieurs physiologistes, que le nerf facial ne s'est jamais montré, d'une manière évidente, atteint de cette affection.

On a encore donné à cette maladie les noms de *tic douloureux*, *névralgie faciale*, *prosopalgie*, *painful affection of the face*. Le nom que j'ai adopté me paraît devoir être admis, parce qu'il peut seul faire cesser la confusion qui règne sur ce sujet.

La névralgie trifaciale n'est pas une affection rare, mais elle est moins fréquente que la sciatique, et surtout que la névralgie intercostale.

§ II. — Causes.

M. Chaponnière (5), ayant réuni un grand nombre d'observations, nous a donné un très bon travail sur les causes de cette affection ; c'est à lui, par conséquent, qu'il faut emprunter les détails étiologiques.

1° Causes prédisposantes.

Age. Le jeune âge est presque complétement exempt de cette maladie ; c'est

(1) *De causis et signis diut.*, lib. I, cap. XI.
(2) *On the painful affect.*, etc., 1782.
(3) *Rech. sur la névralgie faciale.* Strasbourg, 1816.
(4) *Consid. prat. sur les névralgies de la face.* Paris, 1832.
(5) *Essai sur le siége et les causes de la névralgie de la face.* Thèse. Paris, 1832.

dans les quatre périodes de dix ans comprises entre vingt et soixante ans, qu'on en observe les exemples les plus nombreux (1).

Sexe. Dans les faits que j'ai rassemblés, cette affection s'est montrée un peu plus fréquente chez la femme que chez l'homme ; et chez la première elle a eu lieu un peu plus souvent avant l'âge de trente ans, tandis qu'on a observé le contraire chez le second. Le plus grand nombre des femmes dont j'ai étudié les observations avaient eu des *troubles variés de la menstruation :* suppression des règles ; dysménorrhée, etc.

Constitution, tempérament. La névralgie trifaciale attaque toutes les constitutions indifféremment ; on l'a observée un peu plus souvent chez des sujets auxquels on a attribué le tempérament nerveux.

Hygiène. Les faits ne nous apprennent rien de positif sur l'influence de l'*habitation*, de *la nourriture*, des *excès*, des *professions*, de l'*hérédité.*

Fréquemment les sujets avaient eu à une époque antérieure des affections dont le siége était dans le système nerveux. « Jamais, ai-je dit dans mon *Traité* (p. 30), la névralgie trifaciale ne s'est développée d'une manière évidente à la suite d'une *métastase.* Rien n'a pu donner lieu de croire qu'elle était due au *virus syphilitique.* Elle s'est montrée bien plus fréquemment dans les *mois froids* de l'année que dans tous les autres. » *Les deux côtés* de la face y sont à peu près également exposés, d'après mes recherches. Rarement les deux nerfs trifaciaux sont affectés en même temps : le plus ordinairement les douleurs se font sentir dans plusieurs rameaux à la fois.

2° Causes occasionnelles.

Voici, au sujet des causes occasionnelles, comment je me suis exprimé dans l'ouvrage cité : « Parmi les causes occasionnelles, *l'action du froid* a été la plus fréquente. Bien rarement la maladie a suivi de près une *suppression subite des règles.* Les auteurs ont cité quelques cas où elle avait pour cause une *violence extérieure ;* je n'en ai pas vu d'exemple. » Mais je dois ajouter que, il y a environ deux ans, j'ai été consulté pour un fait de ce genre. Il s'agissait d'une femme qui, s'étant fait une contusion au front dans le trajet du nerf frontal, avait, après avoir vu disparaître presque complétement, en trois jours, la douleur de la blessure, commencé à ressentir dans ce point des douleurs nerveuses qui avaient ensuite gagné la tête, le cou, le bras et une grande partie du reste du corps, du même côté. « Jamais, ajoutais-je, je ne l'ai vue se produire sous l'influence de la *carie des dents :* cependant on en cite quelques exemples incontestables. » En effet, M. Stillé, médecin distingué de Philadelphie, nous en a fourni un très remarquable que j'ai publié (2), en le faisant suivre de réflexions. Les docteurs Halford et Bush (3), MM. Neucourt (4) et Girard (5) en ont fait connaître d'autres qui sont des plus

(1) Je dois répéter ici, comme observation générale et s'appliquant à toutes les descriptions contenues dans les articles suivants, que ces résultats généraux sont déduits de faits sévèrement analysés dans mon *Traité*, auquel on pourra recourir pour des détails plus précis.

(2) *Archives de méd.*, 1843, 4e série, t. II, p. 468.

(3) *Hufeland's Journ.*, 1832.

(4) *Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1849, t. XX, p. 162.

(5) *Union médicale*, 1850.

concluants, et enfin j'ai eu l'occasion d'en observer moi-même qui ne m'ont laissé aucun doute. Le docteur Allan (1) cite un cas où la névralgie était produite par une *tumeur de carbonate calcaire* entourée de tissu cellulaire induré, du volume d'un pois, et située au niveau et un peu au-dessus du trou sus-orbitaire. L'extraction du corps étranger fit disparaître l'affection. Des symptômes de *coryza* sont quelquefois liés à l'existence d'une névralgie trifaciale ; mais, ainsi que je l'ai fait remarquer, dans un certain nombre de cas, les signes d'inflammation de la pituitaire sont presque toujours le résultat et non la cause de la névralgie. On m'a communiqué récemment un fait dans lequel les douleurs névralgiques cessaient lorsqu'il s'établissait un écoulement de sérosité âcre, avec irritation de la muqueuse, par la narine correspondante.

§ III. — Symptômes.

C'est dans la description des symptômes qu'il importe de distinguer ce qui appartient en propre à la névralgie du maxillaire inférieur fixée dans le rameau dentaire. Ce que je vais dire d'abord s'applique à la névralgie simultanée des trois branches ; puis je décrirai séparément l'affection partielle dont il s'agit.

Début. Le début est rarement brusque. Il est ordinairement marqué par une sensation de chaleur, un prurit, de légers élancements dans les rameaux qui doivent être affectés ; puis, au bout de quelques heures ou de quelques jours, la névralgie acquiert toute son intensité.

Symptômes. 1° *Douleur spontanée.* Il faut, comme je l'ai dit, distinguer la *douleur fixe*, *gravative*, *contusive*, des élancements. Cette douleur est disséminée par points, ainsi qu'il suit : le point *sus-orbitaire*, à la sortie du nerf frontal, ou un peu au-dessus ; le point *palpébral*, le plus souvent sur la paupière supérieure ; le point *nasal*, à la partie supérieure et latérale du nez ; le point *sous-orbitaire*, à la sortie du nerf de ce nom ; le point *malaire*, au bord inférieur de cet os ; plus rarement les points *alvéolaire*, *labial*, palatin et lingual ; le point *temporal*, que, d'après mes recherches récentes, je regarde comme un des plus fréquents ; le point *mentonnier*, bien circonscrit à la sortie du nerf de ce nom ; enfin le point *pariétal*, qu'on trouve aux environs de la bosse pariétale.

C'est dans ces points que la *pression* détermine une douleur souvent très vive, surtout pendant les paroxysmes ; c'est aussi dans ces points que se font sentir les *élancements*, ou les douleurs analogues, qui tantôt y restent fixes, et tantôt se portent plus ou moins loin dans des directions diverses, mais le plus souvent en suivant le trajet des nerfs.

Il est très rare que les divers points qui viennent d'être indiqués soient affectés tous à la fois ; mais j'ai noté que, dans la grande majorité des cas, *on en trouvait au moins un dans chacune des trois branches du nerf*, et que, dans quelques cas légers seulement, on n'en trouvait qu'un.

Dans la minorité des cas, les organes dans lesquels se rendent les rameaux du trijumeau présentent quelques symptômes. C'est ainsi qu'on voit parfois la photophobie, le larmoiement et la rougeur de l'*œil* exister ensemble ou séparément. Plus rarement la *narine* est chaude, et sa muqueuse sécrète des mucosités abon-

(1) *Monthly Journal* et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 janvier 1853.

dantes. Quelques malades éprouvent des sifflements et des bourdonnements d'*oreille;* d'autres ressentent une douleur vague dans les *bulbes des cheveux.*

Dans un petit nombre de cas très violents, il y a des *convulsions*, des contorsions, des spasmes, des tremblements de la face, ce qui a valu à la maladie le nom de *tic douloureux.* Dans un cas il y avait, pendant les accès, une tuméfaction considérable avec rougeur et chaleur de tout le côté de la face affecté. Ce cas a été observé après la publication de mon ouvrage. Jamais je n'ai vu d'atrophie ou d'hypertrophie réelle par suite de cette affection, quelle que fût sa durée.

D'autres douleurs du même genre (dans les lombes, les parois de la poitrine, les membres inférieurs) se montrent chez certains sujets atteints de névralgie trifaciale, mais plus rarement que dans les autres névralgies.

Du côté *des voies digestives*, on n'observe ordinairement rien de remarquable. De légers troubles fonctionnels peuvent néanmoins exister, mais c'est, le plus souvent, sous l'influence du traitement. L'observation ne m'a pas démontré que cette névralgie fût évidemment liée à un état saburral des premières voies, comme quelques auteurs l'ont avancé. Je ne nie néanmoins pas absolument la possibilité du fait.

Les *fonctions respiratoires* restent intactes, et si, dans quelques cas, on observe un léger *mouvement fébrile*, on en trouve presque toujours la raison dans l'influence du traitement employé.

J'ai noté que, dans la grande majorité des cas, les femmes ont présenté des *menstrues* moins abondantes et moins régulières que dans l'état de santé.

Névralgie maxillaire inférieure. Cette variété est caractérisée par une douleur qui a presque toujours son siége exclusif dans la portion du nerf dentaire inférieur qui parcourt le canal creusé dans la mâchoire inférieure, et dans la houppe nerveuse qui sort par le trou mentonnier. Les douleurs, qui sont de la même nature que celles qui ont été décrites à propos de la névralgie trifaciale en général, ont leur principal point de départ au trou mentonnier ; de là elles se portent dans le canal osseux ; et souvent les dents, le menton et la partie moyenne de la lèvre inférieure, d'une part, et de l'autre les parties situées au-devant de l'oreille, ressentent de vifs *élancements.* La *douleur à la pression* est presque toujours bornée au trou mentonnier, et ordinairement on ne la produit que dans un espace très peu étendu. J'ai vu un cas dans lequel les accès de cette névralgie étaient atroces et se reproduisaient chaque jour un nombre considérable de fois, et cela pendant un ou deux mois ; ensuite le sujet était calme pendant deux, trois ou quatre mois, puis les accidents recommençaient. Cet état si cruel durait depuis au moins vingt ans.

Lorsque la maladie est très violente, il suffit ordinairement de l'action de mâcher, du contact d'un corps chaud ou froid sur les lèvres et les dents, et même quelquefois du simple mouvement des lèvres, pour reproduire les douleurs.

Sous les autres rapports, cette variété ne présente rien de particulier.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Nous avons vu plus haut que, comme toutes les névralgies, la névralgie trifaciale est caractérisée par des *accès de douleur.* Ces accès reparaissent le plus souvent à des intervalles irréguliers. Dans un certain nombre de cas, au contraire, ils se reproduisent avec une périodicité marquée, et, d'après les faits connus dans la

science, la névralgie trifaciale est celle dans laquelle cette périodicité s'observe le plus fréquemment. Ces paroxysmes sont eux-mêmes composés d'un plus ou moins grand nombre de douleurs aiguës et passagères, qui ne durent ordinairement que quelques secondes, et se reproduisent au bout d'un temps qui varie entre une demi-minute et une minute dans la plupart des cas. Pendant tout ce temps, la douleur contusive persiste avec une plus ou moins grande intensité et la pression l'exaspère.

Les *accès*, qu'ils soient réguliers ou non, sont très variables quant à leur *intensité;* mais on peut dire d'une manière générale que les *accès périodiques* sont les plus violents. Il y a quelques exceptions à cette règle. La *durée* des accès varie aussi beaucoup suivant les cas; quelquefois ils ne durent que quelques minutes, et d'autres fois ils se prolongent pendant des heures entières. C'est pendant leur durée que les malades expriment leur souffrance par la contraction des traits de la face, par leurs cris et leurs contorsions; c'est aussi alors qu'on voit la photophobie, le larmoiement, les convulsions faciales, en un mot les accidents signalés plus haut se manifester dans les organes où vont se rendre les nerfs affectés. Il est de ces accès tellement douloureux, qu'ils jettent le sujet dans un découragement et un abattement profond.

Les accès irréguliers se produisent aussi souvent la nuit que le jour. Ils sont généralement plus fréquents dans les temps froids. Quelquefois ils se terminent brusquement, laissant dans le calme le plus parfait les malades si souffrants un instant auparavant; mais bien plus souvent les accès deviennent moins forts et moins longs; ils s'éloignent, et il ne reste, au bout d'un certain temps, qu'une chaleur, un engourdissement dans le front, la face, la tête, sensations qui ne tardent pas à se calmer d'elles-mêmes, sans toutefois se dissiper complétement, dans le plus grand nombre des cas.

La *durée* de la maladie ne saurait être indiquée d'une manière générale, car, ainsi que je l'ai fait voir (1), dans certains cas légers elle peut ne durer que quelques heures, tandis que dans d'autres elle ne finit qu'avec la vie du malade.

La *terminaison* ordinaire est la guérison. Cependant l'affection peut se montrer rebelle jusqu'à la mort, qui, dans les cas connus, a été causée par une autre affection ou par un accident.

J'ai constaté que les *récidives* ont eu lieu chez près de la moitié des sujets, et souvent la nouvelle atteinte était au moins aussi violente que la première. Quelques sujets y sont tellement exposés qu'ils en sont attaqués plusieurs fois dans une année, sous l'influence des causes les plus légères, comme l'exposition un peu prolongée à l'air froid, un léger coryza, une contrariété, et souvent sans cause connue.

§ V. — Lésions anatomiques.

Ce n'est que pour mémoire, et parce qu'on s'est beaucoup occupé de ce sujet, que je dis un mot des lésions anatomiques. Il suffit de parcourir les faits cités par les auteurs pour s'assurer de leur peu de valeur. Ainsi M. Rousset (2) dit que, dans un cas, le nerf était *hypertrophié*, et d'un autre côté, le docteur Thomas l'a

(1) *Loc. cit.*
(2) *Diss. inaug.* Paris, 1804.

vu *atrophié.* Thouret cite une hydropisie du cerveau, Montault une tumeur cancéreuse du crâne, et enfin Desault a vu le nerf affecté parfaitement semblable à celui du côté opposé. Que conclure de tout cela, si ce n'est que ces lésions peuvent avoir eu quelque influence sur la persistance de la maladie, mais qu'elles ne lui appartiennent point en propre?

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Avant d'exposer le diagnostic différentiel de la névralgie trifaciale, il importe de rechercher s'il existe ou non une névralgie du nerf facial; car si l'observation nous apprend que cette affection n'existe réellement pas, ce diagnostic deviendra, par cela seul, beaucoup plus facile.

Existe-t-il une névralgie du nerf facial? Je n'insisterai pas ici sur la partie physiologique de la question, on peut voir ce que j'en ai dit ailleurs (1) ; mais je rappellerai ce que m'a appris l'examen des observations publiées. De l'analyse de ces faits, il résulte que le trajet des douleurs dans le nerf facial n'a jamais été suffisamment précisé, et que, dans un assez bon nombre de cas, cette douleur avait évidemment son siége dans le nerf occipital, d'où elle s'étendait par les anastomoses au nerf trifacial. J'ai par conséquent dû conclure que, selon toutes les probabilités, on avait pris pour des névralgies faciales des névralgies *cervico-occipitales*, et que cette affection n'a pas son siége dans le nerf facial. J'ajoute que, depuis ce temps, examinant avec beaucoup d'attention tous les cas de névralgie de la tête, j'ai rencontré assez souvent la névralgie occipitale, maladie que maintes fois un examen peu attentif aurait pu faire prendre pour une névralgie faciale, et que je n'ai jamais vu cette dernière affection.

Si maintenant nous recherchons quelles sont les maladies avec lesquelles on pourrait confondre la névralgie trifaciale, nous trouvons d'abord le *rhumatisme de la face;* mais on ne sait sur quels faits les auteurs se sont appuyés pour admettre cette affection que MM. Chomel et Requin n'ont jamais observée, et que je n'ai jamais vue moi-même ; en sorte que, dans l'état actuel de la science, ce diagnostic ne saurait avoir d'importance réelle.

Une simple *odontalgie* pourrait quelquefois faire croire à l'existence d'une névralgie ; mais, ainsi que je l'ai fait observer ailleurs (2), le sujet indique ordinairement très bien la source de la douleur ; quand on touche la dent, et surtout la portion cariée, la douleur est excessive ; enfin, et c'est là le point le plus important, on ne détermine pas de la douleur par la pression, dans les points d'élection qui ont été signalés plus haut. Si une névralgie était due à la carie d'une dent, comme dans le cas recueilli par M. Stillé et ceux que j'ai cités plus haut, en touchant la dent avec un stylet, on éveillerait les élancements névralgiques, ce qui éclairerait le médecin.

Le diagnostic de la *migraine* et de la névralgie faciale repose principalement sur la courte durée de la première. Plusieurs auteurs pensent, du reste, que la migraine affecte les nerfs superficiels de la tête, et qu'elle est par conséquent de nature névralgique. Plusieurs faits que j'ai observés me portent à admettre cette opinion,

(1) Voy. *Traité des névralgies*, p. 154.
(2) *Loc. cit.*, p. 149.

au moins pour un certain nombre de cas. J'y reviendrai en parlant de la migraine.

Je ne crois pas qu'il soit utile d'établir une distinction entre la névralgie trifaciale et le *clou hystérique*. Déjà, en 1841, plusieurs faits m'avaient démontré que l'existence de ce point douloureux annonçait une névralgie chez une femme hystérique, et mes recherches ultérieures ont confirmé ce fait.

La douleur causée par l'*extension d'un coryza à la muqueuse de l'antre d'Hygmore* ressemble à celle qui se produit vers le trou maxillaire dans la névralgie trifaciale. « Mais l'existence préalable du coryza, la douleur qui augmente dans la profondeur de la face lorsque les malades se mouchent, l'absence de véritables élancements, et par-dessus tout l'absence de douleur vive à la pression, suffiront pour faire éviter toute erreur (1). »

Quant à une certaine *douleur* qu'on observe quelquefois *dans l'articulation temporo-maxillaire*, il suffit, pour la distinguer de la névralgie trifaciale, de remarquer qu'elle ne se produit guère que dans les mouvements de mastication.

Je termine ce diagnostic, pour lequel un tableau synoptique serait complétement inutile, en disant que le nombre, l'étendue, la situation des points douloureux, et surtout des points douloureux à la pression, ainsi que la violence et le trajet des élancements, feront reconnaître le véritable siége de la maladie et son degré d'intensité.

Pronostic. Dans la grande majorité des cas, le pronostic est favorable, puisque, chez des sujets dont j'ai étudié les observations, la guérison a eu lieu quatre fois sur cinq. Mais, dans quelques cas, cette affection est extrêmement rebelle. Ceux où la persistance de la maladie s'est montrée la plus grande sont des cas de névralgie frontale et maxillaire inférieure. Si l'affection dure un grand nombre d'années, on a lieu de craindre de voir la santé générale s'altérer profondément, si déjà elle n'a pas subi de graves atteintes; mais je le répète ici, on n'a pas cité de cas authentique de mort occasionnée par le fait seul d'une névralgie trifaciale.

§ VII. — Traitement.

Lorsqu'on jette les yeux sur la liste des moyens employés contre la névralgie triaciale, on est effrayé de leur nombre et de leur variété. Il faudrait presque un volume pour faire connaître toutes les médications auxquelles on a eu recours dans des cas tout à fait identiques; mais heureusement il n'y aurait aucune utilité à chercher à être complet. Il n'est, en effet, qu'un nombre limité de traitements qui peuvent subir l'épreuve de la critique, et c'est de ceux-là seuls que le praticien doit s'occuper. Lorsque nous voyons des remèdes préconisés sans qu'on fournisse aucune preuve de leur efficacité; quand nous voyons le même médecin, après avoir prôné un médicament, en adopter un autre, puis un autre encore, et accorder à chacun la même vertu, il est bien évident que nous n'avons aucun motif de tenir compte de semblables assertions. Je me bornerai donc à faire connaître les traitements qui ont le plus de célébrité, et je n'insisterai que sur ceux qui sont fondés sur l'observation.

Beaucoup d'auteurs ont indiqué des traitements différents, suivant qu'ils ont cru reconnaître dans la névralgie un caractère *inflammatoire*, *rhumatismal*, *goutteux*,

(1) *Traité des névralgies*, p. 152.

arthritique, *purement nerveux ;* je dois dire ici que, malgré toute l'attention que j'ai mise à étudier la maladie dans les cas soumis à mon observation, je n'ai pu découvrir aucune différence dans la manière d'être de ces divers cas ; que la nature de la cause m'a paru avoir aucune influence sur celle de la maladie, et ce qui est surtout important, que, dans ces cas aussi bien que dans ceux qu'ont rapportés les auteurs, je n'ai pas vu le traitement ainsi dirigé avoir de meilleurs effets que les médications conseillées dans la pensée que toutes les névralgies sont de la même nature. On ne doit faire d'exception que pour la *névralgie périodique*, dont je dirai un mot à part. Peut-être aussi faudrait-il tenir compte de la possibilité de la névralgie de nature *syphilitique ;* mais les maux de tête guéris par les mercuriaux et cités comme des névralgies méritent-ils bien ce nom dans la très grande majorité des cas ? C'est ce que nous ne pouvons pas savoir, faute de renseignements, et tout porte à croire plutôt que l'on a eu affaire à ces *céphalées* qui se montrent si fréquemment dans la syphilis constitutionnelle, et qui, comme nous le verrons plus tard, diffèrent de la névralgie.

Ce qui rend très difficile l'appréciation du traitement de cette névralgie comme de la plupart des autres, c'est qu'on voit un remède réussir, alors que beaucoup d'autres ont été inutiles, et que le même médicament donné ensuite n'a plus le même succès. Or rien n'est plus fréquent dans le traitement de la prosopalgie, et ce qui complique le plus la question, c'est que presque tous les divers médicaments proposés se sont ainsi remplacés réciproquement avec avantage. Ainsi on voit ici les révulsifs réussir, les narcotiques ayant échoué ; là ce sont les narcotiques qui ont l'avantage, et ainsi de suite, sans que, je le répète, il soit possible de trouver dans la nature du mal la cause de ces résultats inattendus. Il est évident que, en pareil état de cause, on ne doit attacher une véritable importance qu'aux traitements qui, dans un nombre suffisant de cas, ont prouvé fréquemment leur efficacité ; mais il est certain aussi que, tout en reléguant les autres au second plan, on ne doit pas les négliger, lorsqu'ils ont pour eux quelques faits bien observés, puisque, par des circonstances qui nous échappent, ces derniers peuvent réussir dans quelques cas où les autres ont échoué. Dans ces cas particuliers, le médecin ne peut agir qu'en tâtonnant, les indications, comme nous l'avons dit plus haut, étant tout à fait hypothétiques.

1° *Médication externe.* — *Émissions sanguines.* Les auteurs qui ont admis l'existence d'une prosopalgie pléthorique ont conseillé la *saignée générale*, les *sangsues* derrière les oreilles, ou à l'anus ; mais, dans le petit nombre de faits où je trouve que ce moyen a été employé, je ne vois pas qu'il ait eu des effets bien avantageux, lorsqu'il s'agissait réellement d'une névralgie, et non d'une simple céphalalgie pléthorique. Cette médication, conseillée par Thilénius (1), Joseph Frank (2), etc., n'est pas, du reste, généralement adoptée.

Extraction d'un corps étranger ou *d'une dent cariée.* Nous avons vu plus haut que la névralgie pouvait, dans quelques cas rares, être causée par une violence extérieure. Or il est arrivé quelquefois (3) qu'un fragment de corps étranger est resté dans la plaie, et que l'extraction a fait cesser les douleurs. Dans d'autres cas,

(1) *Med. chir. Bemerck*, t. I.
(2) *Prax. med.*, pars II, t. I, sect. 2.
(3) Voy. Jeffreys; J. Frank, *loc. cit.*

on obtient le même succès par l'extraction d'une dent cariée ; j'ai cité plus haut le fait recueilli par M. Stillé ; on peut rappeler aussi ceux qu'ont rapportés les docteurs Halford et Bush (1).

Tout récemment encore, M. Neucourt (2) a fait connaître un cas dans lequel les traitements les plus actifs ayant échoué, l'*avulsion de neuf dents* cariées fit disparaître complétement les douleurs névralgiques.

M. le docteur Girard, de Marseille (3), en a cité de plus remarquables encore. J'en signalerai en particulier un dont on peut lire l'observation dans le mémoire de ce médecin, et dans lequel l'avulsion d'une dent fit disparaître une douleur des plus vives, durant déjà depuis très longtemps, bien que la dent ne fût pas douloureuse elle-même. Enfin, il y a très peu de temps que j'ai vu cesser une névralgie des plus violentes après l'emploi du même moyen.

En parlant des causes (4), j'ai indiqué un cas dans lequel l'*extraction d'un corps étranger*, qui avait son siége dans l'orbite, fit cesser les accidents.

Ces cas méritent assurément considération, mais on devra bien se garder de compter sur un succès certain, alors même que tout portera à croire que la source du mal est dans la carie d'une ou de plusieurs dents. A côté des faits précédents, on peut, en effet, en citer beaucoup d'autres où, croyant avoir trouvé la vraie cause de la maladie, on a arraché des dents, souvent en grand nombre, sans obtenir aucun résultat avantageux ; et, parmi les faits que j'ai rassemblés, j'ai vu, non seulement la douleur être plusieurs fois augmentée par l'avulsion d'une dent, mais encore, dans un cas, je n'ai pas pu trouver d'autre cause de la production de la maladie elle-même (5).

Vésicatoires. J'ai peu de chose à ajouter à ce que j'ai dit de l'emploi des vésicatoires, en parlant des *névralgies en général.* Je ferai seulement remarquer que, devant être appliqués sur le trajet des nerfs et sur les points les plus douloureux, c'est-à-dire sur divers points de la face, ils sont souvent refusés par les malades, et qu'on est obligé de recourir à d'autres moyens. Quant au mode d'application, j'ai reconnu que le *vésicatoire unique* et *à demeure* n'a qu'une faible efficacité, et que le pansement avec la pommade épispastique peut produire des douleurs insupportables, inconvénients que ne présente pas l'application des *vésicatoires multipliés et placés sur les principaux points douloureux* (front, tempe, joue). Cette dernière médication est, d'après les faits que j'ai observés, généralement et promptement efficace.

J'ai prouvé dans mon ouvrage (page 191) que, si l'application d'un *sel de morphine* par la *méthode endermique* doit être prescrite, dans la plus grande majorité des cas, du moins, ce médicament ne doit être considéré que comme secondaire, et l'on a vu, dans l'article précédent, que les cas cités par M. Rougier ne sont pas de nature à démontrer le contraire. Cependant je ne peux m'empêcher de le répéter ici, ce médicament adjuvant peut être d'une grande utilité pour faire cesser promptement les douleurs excessives que produit la névralgie, et pour pro-

(1) *Hufeland's Journ.*, 1832.
(2) *Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1849, t. XX, p. 162.
(3) *Union médicale*, 1850.
(4) Voy. p. 324.
(5) Voy. *Traité des névralgies*, p. 144.

curer quelque repos au malade pendant que les vésicatoires agissent. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'usage du *datura stramonium* en teinture ou autrement, par la méthode endermique.

Cautérisation transcurrente. Je ne dois pas oublier la cautérisation transcurrente, bien que la névralgie faciale soit celle qu'on traite le plus rarement par ce moyen, à cause de la frayeur qu'inspire au malade l'application du feu sur les parties affectées et des traces que cette application laisse pendant un temps assez long. Ce moyen n'est pas moins efficace dans cette névralgie que dans toutes les autres, et lorsque les douleurs sont excessives, lorsqu'elles plongent le malade dans le découragement, on est heureux d'avoir encore cette ressource précieuse.

Les *raies de feu* se pratiquent sur la face et le cuir chevelu, le long des trajets douloureux. Plusieurs fois j'ai réussi, par ce moyen, dans les cas les plus rebelles.

Narcotiques à l'extérieur. On peut assurément citer des cas dans lesquels la névralgie trifaciale s'est calmée, et même a guéri après l'emploi des narcotiques à l'extérieur. Mais c'est là ce qu'on retrouve dans toutes les médications, et l'on aurait tort d'en conclure que l'efficacité de ces moyens est grande.

On a prescrit des *emplâtres d'extrait mou d'opium*, de *thériaque* avec ou sans incorporation de quelques décigrammes d'opium brut, etc., ou diverses pommades, telles que :

♃ Axonge................	30 gram.	Extrait de belladone........	5 gram.

Mêlez. Pour onctions sur les points douloureux.

♃ Axonge................	30 gram.	Extrait d'aconit..........	5 gram.

Mêlez. A employer *ut suprà*.

ou encore, suivant le docteur Turnbull :

♃ Aconitine............	0,10 gram.	Alcool..................	6 gouttes.

Triturez avec soin et ajoutez :

Axonge.................................... 30 gram.

Le docteur Lasanna (1) vante les bons effets de l'*atropine* qu'il prescrit sous forme de pommade :

Atropine................	15 centig.	Alcool à 36°..............	Q. s.

Pour dissoudre. Ajoutez :

Axonge.................................... 12 gram.

Mêlez. Toutes les trois heures on fait des frictions sur la partie malade avec gros comme un pois de cette pommade.

Mais je n'insiste pas sur cette médication, qui est, comme la précédente, simplement adjuvante, et qui a bien moins d'efficacité qu'elle.

Inoculations. Un des meilleurs moyens d'employer les narcotiques à l'extérieur consiste, comme je l'ai dit plus haut, dans les *inoculations* d'un sel de morphine, comme les pratique M. le docteur Lafargue, de Saint-Émilion (2). C'est surtout,

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 avril 1852.
(2) *Des avantages de l'inoculation de la morphine*, etc. (*Bull. gén. de thér.*, t. XXXIII, 1847).

comme je l'ai fait remarquer ailleurs, dans cette névralgie qui occupe des parties accessibles à la vue, que ces inoculations peuvent être employées avec avantage. Il faut les pratiquer sur le cuir chevelu, le front, la face, en un mot, sur toutes les parties atteintes par la douleur, et en faire tous les jours, ou même matin et soir, de 15 à 30, de manière à user de 8 à 10 centigrammes de sel de morphine, et plus encore, si on le juge nécessaire.

Mercuriaux à l'extérieur. Les mercuriaux, et surtout le *deuto-chlorure de mercure*, appliqués à l'extérieur, ont un effet irritant bien connu de tout le monde. Est-ce à cette action, ou bien à celle qu'exercerait sur l'organisme le médicament après son absorption, qu'il faut rapporter les bons effets cités par Wedekind, Fleischmann (1), etc.? Je crois, d'après ce que j'ai dit dans l'article consacré à la névralgie en général, que la première supposition est celle qu'il faut admettre, l'absorption du médicament à travers l'épiderme paraissant trop peu active.

Fleischmann emploie la solution suivante :

℞ Sublimé corrosif...... 0,20 gram. | Eau distillée.............. 30 gram.

Dissolvez. Appliquer sur les points douloureux des compresses trempées dans cette solution.

Des praticiens ont fait des onctions avec l'*onguent napolitain*, la *pommade au calomel*, etc.; mais nous manquons des faits nécessaires pour nous prononcer sur cette médication.

Topiques divers. Il me suffit d'indiquer, parmi ces topiques, l'application du *froid* à l'aide de compresses trempées dans l'*eau froide*, de *lotions* du même liquide, de la *glace ;* les lotions avec de l'eau et une certaine quantité d'*éther sulfurique* ou *acétique ;* avec des *liqueurs spiritueuses*, des *solutions alcalines*, etc.; ou bien l'application de la *chaleur*.

Une réflexion générale qui s'applique à l'emploi de ces moyens, c'est que la plupart déterminent dans la peau un trouble marqué de la circulation, et quelques uns une irritation légère. Tout prouve au reste qu'ils ont une action bien inférieure à celle du vésicatoire et de la cautérisation transcurrente, car on a été obligé de les unir à d'autres remèdes, et bien souvent on les a abandonnés pour une médication plus active.

M. Guérard (2) cite un cas de névralgie de dix-huit mois de date, rebelle à tous les traitements, qui céda à une application de *collodion* sur les points douloureux. C'est un moyen qu'on peut facilement essayer.

Électricité. C'est, comme je l'ai dit, dans le traitement de la névralgie trifaciale, que l'électricité a procuré le plus de succès. Ce moyen, qui a été employé par un assez grand nombre de médecins, est mis en usage par M. Magendie, ainsi qu'il suit :

EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ.

M. Magendie se sert constamment d'aiguilles qu'il fait pénétrer sur le nerf ou très près de lui. Il implante l'aiguille correspondant au pôle positif vers le tronc

(1) *Hufeland's Journ.*, 1836.
(2) *Gazette des hôpitaux*, octobre 1852.

du nerf, et l'autre dans le point le plus douloureux de ceux où se rendent les filets nerveux.

Il se sert de la machine électro-magnétique de Clarke ; on peut employer celle des frères Breton. Il donne quelques secousses ; si la douleur disparaît, il s'arrête et attend. Reparaît-elle, il fait encore une ou deux applications galvaniques, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de douleur. Le lendemain et les jours suivants on recommence si la douleur s'est reproduite. Il n'y a aucun pansement à faire.

D'autres médecins ont employé la machine électrique ou la bouteille de Leyde. On sait combien M. le docteur Duchenne (de Boulogne) a perfectionné l'application de l'électricité, qu'il a employée, dans la névralgie qui nous occupe, avec son habileté ordinaire.

Les opinions sont partagées sur les effets de cette médication, qui quelquefois a beaucoup exaspéré la douleur (1). Je ne répéterai pas ici ce que j'en ai dit à propos de la névralgie en général.

Je ne crois pas qu'il soit plus nécessaire d'insister sur l'emploi de l'*acupuncture*, des plaques *aimantées* et des moxas.

Cautérisation profonde. La *cautérisation profonde* forme la partie la plus saillante du traitement de la névralgie du nerf maxillaire inférieur.

Traitement de la névralgie maxillaire inférieure. André (2) est celui qui le premier a proposé cette opération ; et voici comment il l'a pratiquée dans deux cas de névralgie très ancienne et très douloureuse, dans lesquels il a obtenu un succès complet.

CAUTÉRISATION PROFONDE (PROCÉDÉ D'ANDRÉ).

Il commençait par appliquer sur le point douloureux, c'est-à-dire au niveau du trou mentonnier, un fragment de *potasse caustique*, de manière à produire une escarre, et soit à l'aide de *caustiques liquides*, soit à l'aide du *cautère actuel*, il pénétrait chaque jour plus profondément, jusqu'à ce qu'il arrivât sur les filets nerveux et sur l'os. Il détruisait ces filets nerveux, puis il *entretenait la suppuration* pendant fort longtemps (trois et quatre mois). Ayant voulu fermer trop tôt la plaie, il vit dans un des cas la douleur revenir, quoique la suppuration eût été entretenue plus d'un mois. Dans un cas, il enleva à l'aide du trépan, la paroi antérieure du canal dentaire, pour aller cautériser le nerf dans son intérieur.

Je dois faire quelques réflexions sur la manière d'exécuter cette opération. Dans un cas où, après la chute de l'escarre, j'ai cherché à atteindre les nerfs à l'aide des caustiques liquides, j'ai vu les bourgeons charnus se reproduire si rapidement, qu'il m'a fallu, au bout de plusieurs jours des plus vives souffrances, mettre en usage le cautère actuel. Je crois donc qu'il est plus convenable, après avoir incisé l'escarre produite par la potasse caustique, de détruire immédiatement les tissus avec le fer rouge, opération beaucoup moins douloureuse que l'application du caustique liquide.

J'ai indiqué les succès obtenus par André ; dans le cas que je viens de citer, la névralgie n'a été modérée qu'un instant, quoique l'insensibilité de la lèvre infé-

(1) Voy. Leydig, *Dol. faci.*, etc. Heidelb., 1807.

(2) *Observat. sur les malad. de l'urètre et sur plusieurs faits convulsifs.* Paris, 1756, in-12.

rieure prouvât que les filets nerveux étaient atteints. Il est vrai que l'excision du nerf pratiquée antérieurement n'avait produit qu'un calme d'une durée limitée, et que tout portait à croire que la source de la douleur n'était pas bornée à la houppe nerveuse du menton. Ce qui le prouvait surtout, c'était que, dès qu'on avait calmé les douleurs dans ce point, elles se faisaient sentir violemment vers l'articulation temporo-maxillaire. Aurait-on eu plus de succès en attaquant le nerf dans l'intérieur du canal ? C'est ce qu'il est impossible de dire.

On peut facilement appliquer cette cautérisation au nerf frontal.

Incision ; excision du nerf malade. Tout le monde est d'accord sur un point, c'est que la simple incision du nerf est presque toujours insuffisante, et qu'il vaut mieux recourir à l'excision. Par ce dernier moyen on a obtenu des succès éclatants. J'ai cité dans mon ouvrage des faits de guérison obtenus par A. Bérard, dans des cas très rebelles. M. J. Roux, chirurgien de la marine, en a rapporté de plus concluants encore. Lors donc que les autres moyens ont été vainement employés, et que les douleurs ne paraissent pas entretenues par une altération profonde, on doit recourir à l'excision. Je me bornerai à mentionner ici, sans les décrire, les procédés employés par M. Velpeau, A. Bérard, M. J. Roux et M. Beau, chirurgien de la marine (1).

Je me contenterai également de signaler un traitement tout particulier employé par M. Hullihan (2), attendant, pour mieux l'apprécier, des faits plus nombreux. Ce traitement consiste dans la *perforation du sinus maxillaire*, soit par une alvéole, soit par son plancher, et ensuite dans des *injections avec une solution de nitrate d'argent* dans la proportion suivante :

℞ Eau distillée............ 30 gram.	Nitrate d'arg. cristall. de 0,25 à 0,60 gram.

Tels sont les moyens externes les plus importants. Je n'ai pas besoin d'ajouter que, dans les cas ordinaires, je donne la préférence aux *vésicatoires volants.* Si l'affection résiste, on emploie la *cautérisation* transcurrente, puis la *cautérisation profonde*, ou l'*excision du nerf* malade.

2° *Médication interne. — Pilules de Méglin.* Parmi les remèdes administrés à l'intérieur, il n'en est pas de plus célèbre que les *pilules de Méglin*, dont voici la composition.

L'auteur avait donné d'abord cette formule :

℞ Extrait de jusquiame noire 0,05 gram.	Oxyde de zinc sublimé.... 0,05 gram.

Pour chaque pilule.

Plus tard il modifia cette formule ainsi qu'il suit :

℞ Extrait de jusquiame noire Racine de valériane sauv..	ãã 0,05 gram	Oxyde de zinc sublimé.... 0,05 gram.

Pour chaque pilule.

C'est cette dernière formule qu'on emploie généralement ; mais en examinant les faits, on ne voit pas qu'elle ait plus d'efficacité que la précédente.

Voici maintenant comment, d'après l'auteur, ces pilules doivent être administrées :

(1) Voy. *Union médicale.*
(2) *American Journ. of dental sciences* et *Bull. gén. de thér.*, octobre 1847.

ADMINISTRATION DES PILULES DE MÉGLIN.

D'abord une pilule matin et soir; puis on double la dose tous les jours, jusqu'à ce qu'une amélioration sensible, ou quelques accidents du côté des voies digestives et de l'encéphale viennent avertir le médecin qu'il a atteint ou dépassé la dose convenable. Après l'administration de chaque pilule, on fait prendre immédiatement une *infusion de tilleul* et *de feuilles d'oranger*.

Lorsque l'amélioration est bien marquée, et qu'on peut considérer la guérison comme assurée, on ne suspend pas brusquement l'emploi des pilules, mais on les continue à doses décroissantes, et de manière à suivre, en sens inverse, l'ordre indiqué pour les doses croissantes. Enfin on continue les dernières doses pendant un temps plus ou moins long.

Les succès obtenus par l'auteur que j'ai cité (1) ont été proportionnellement nombreux, et plusieurs sont très remarquables. Mais aucun autre médecin n'a dit en avoir obtenu de semblables en nombre suffisant, et, depuis la publication de mon livre, ayant eu trois fois recours à cette médication de la manière indiquée, je n'ai obtenu qu'une amélioration très incomplète, quoique j'eusse poussé les doses jusqu'à produire des troubles cérébraux et gastriques.

Valérianate de zinc. Depuis quelque temps, le valérianate de zinc jouit de la plus grande réputation, surtout en Italie, comme remède contre les névralgies, et principalement contre la névralgie trifaciale. Nous avons vu que les pilules de Méglin contiennent de la valériane et de l'oxyde de zinc; on pourrait par conséquent, au premier abord, regarder ces deux médicaments comme semblables; mais comme il est très possible que le mode de combinaison des substances ait une grande part dans l'action de ces préparations, il faut dire un mot de cette médication.

M. Devay (2) est le médecin français qui a le plus préconisé l'emploi du valérianate de zinc. Il l'administre de la manière suivante :

℞ Valérianate de zinc....	0,60 gram.	Gomme adragante..........	2 gram.

Faites douze pilules. Dose : une le matin et une le soir.

Cette dose, comme le remarque M. Devay, peut être augmentée sans danger; et nous voyons, dans un cas, M. Martin-Solon (3) commencer par trois pilules, et au bout de quelques jours en doubler le nombre sans déterminer d'accidents.

Le médicament peut encore être administré sous forme de poudre comme il suit:

℞ Valérianate de zinc.......	1 gram.	Sucre en poudre...........	5 gram.

Divisez en vingt paquets; à prendre d'un à quatre par jour.

Enfin on peut le donner en potion :

℞ Eau distillée..........	120 gram.	Sirop de sucre............	30 gram.
Valérianate de zinc....	0,10 gram.		

Mêlez. Dose : une cuillerée toutes les demi-heures.

Comme pour tous les médicaments proposés, on a cité un certain nombre de

(1) Voy. *Traité des névralgies.*
(2) *Gazette médicale*, juin 1844.
(3) *Bull. de thérap.*, t. XXVII, 1844.

guérisons par ce moyen ; mais M. Devay regarde comme devant être rebelles à ce traitement et les *névralgies à principe rhumatismal*, et les *névralgies larvées à courte période*, ce qui ne doit pas nous inspirer une très grande confiance dans la substance dont il s'agit, surtout si l'on compare ses effets à ceux des vésicatoires et de la cautérisation, qui ne comptent pas un aussi grand nombre d'exclusions. Il faut d'ailleurs un temps ordinairement assez long (30, 40 jours et plus) pour obtenir une guérison solide ; et j'ai fait voir que, pour les vésicatoires, le traitement, dans la plupart des cas, était beaucoup plus court. Je renvoie, au reste, à la fin de ce paragraphe, pour faire des réflexions générales sur la manière dont on s'est livré aux recherches thérapeutiques sur cette maladie, et sur les causes de la grande incertitude dans laquelle tant de propositions contradictoires laissent le praticien.

M. le docteur Tournié (1) associe à ce médicament la *jusquiame* et l'*opium*, et cite huit observations, dans lesquelles la névralgie a disparu dans une moyenne de six jours.

Il l'administre ainsi :

℞ Valérianate de zinc....... 0,30 gram.	Extrait d'opium......... 0,08 gram.
Extrait de jusquiame...... 0,15 gram.	Conserve de roses........ Q. s.

Faites six pilules.

Le premier jour M. Tournié en donne 2 ou 3, à trois heures d'intervalle l'une de l'autre. « Il est très rare, dit-il, que cette première dose ne calme pas presque » complétement la douleur. Si elle n'est que légèrement diminuée, on renouvelle le » second jour la même dose que celle du premier jour. » Il ne lui est jamais arrivé de donner les trois pilules pendant trois jours de suite. Lorsque la névralgie a très sensiblement diminué d'intensité, on donne deux ou une pilule par jour, selon que l'on en avait donné trois ou deux les premiers jours ; et au bout de quatre ou cinq jours la névralgie est guérie.

Carbonate de fer. Ce médicament, vanté surtout par le docteur Hutchinson, a procuré sans doute quelques guérisons ; mais l'examen des faits auquel je me suis livré (2) m'a prouvé que c'était un médicament d'une efficacité très bornée. C'est aux cas où il y a des signes de chlorose, que quelques auteurs, et entre autres M. Trousseau (3), veulent qu'on borne son application. Il est permis de croire, en effet, qu'il convient principalement en pareille circonstance ; j'ai noté qu'il avait agi de la même manière chez les hommes et chez les femmes. On l'a donné à la dose de 2, 3, 4 et 5 *grammes*.

Narcotiques à l'intérieur. Les réflexions faites à propos de l'application des narcotiques à l'extérieur s'appliquent à leur usage interne. On peut même dire qu'ils ont moins d'efficacité, comme antinévralgiques, quand on les administre de cette manière. Sans doute, on a cité des exemples de guérison ; mais quel est le remède employé qui n'est pas dans ce cas ? Il faut prendre garde d'ailleurs de s'en laisser imposer par ces cas où la névralgie tend à disparaître d'elle-même.

Je me bornerai par conséquent à indiquer l'emploi de l'*opium*, des *sels de morphine*, du *datura stramonium*, de l'*aconit*, de la *belladone* et même de la *ciguë*,

(1) *Union médicale*, 2 et 4 décembre 1851.
(2) Voy. *Traité des névralgies*, p. 184 et suiv.
(3) *Traité de thérap.*, t. I.

quoique Fothergill (1) lui ait attribué une vertu particulière. Dans les cas où, à l'aide de ces moyens, on a obtenu l'amélioration la plus marquée, on a élevé très haut les doses, d'une manière croissante.

Mercuriaux à l'intérieur. C'est le calomel qu'on a le plus employé de cette manière. Voici la poudre que conseille P. Frank :

℞ Musc.................	0,05 gram.	Soufre doré d'antimoine...	0,03 gram.
Calomel..............	0,03 gram.		

Prendre cette poudre deux fois par jour.

Le docteur Macter (2) a vu disparaître une névralgie, qui durait depuis cinq ans, après l'administration de la préparation suivante :

℞ Extrait de ciguë......	0,10 gram.	Calomel...............	0,10 gram.

A prendre deux fois par jour.

Quelques auteurs n'ont pas craint d'administrer les préparations mercurielles jusqu'à production de la salivation ; mais quelques succès au milieu d'insuccès nombreux ne suffisent pas pour engager à recourir à cette médication.

Antispasmodiques. L'efficacité des antispasmodiques dans la maladie qui nous occupe n'est pas assez bien démontrée par les faits pour qu'il soit nécessaire d'entrer dans de grands détails sur ce point. Je me borne par conséquent à indiquer l'emploi du *musc*, du *castoréum*, du *camphre*, de l'*assa fœtida*, moyens qu'on peut mettre en usage pour calmer certains symptômes, mais dont on ne doit pas attendre une guérison définitive.

Noix vomique. M. Rœlants, de Rotterdam (3), a rapporté vingt-neuf observations dans lesquelles la noix vomique a produit vingt-cinq guérisons, trois des malades restant en traitement au moment où l'auteur écrivait, et le dernier sujet n'ayant pas pu être traité complétement.

Ce sont là assurément de beaux succès, surtout, quand on considère que la maladie était souvent ancienne et avait résisté à d'autres traitements. Mais il y a à ce sujet quelques remarques à faire. D'abord les résultats obtenus par M. Rœlants ou par les autres médecins, dont il a cité les observations, ne sont pas énoncés d'une manière aussi précise qu'on pourrait le désirer. Ainsi, après la proposition que j'ai reproduite plus haut, relativement aux guérisons, M. Rœlants ajoute que, dans un cas, la guérison fut incomplète, et que dans un autre, emprunté à M. Leviez, il a fallu renoncer à la noix vomique. Néanmoins il reste encore un nombre considérable de guérisons avérées. Mais ce traitement peut causer des accidents graves ; c'est ainsi que, dans le cas que je viens de mentionner et qui appartient à M. Leviez, il y a eu des convulsions d'une intensité extrême, et l'on sait qu'en pareil cas les accidents peuvent être tels que la mort survienne, malgré tous les efforts du médecin.

Je ne sache pas que ce médicament ait été mis en usage, parmi nous, de la manière recommandée par M. Rœlants, et que je vais indiquer tout à l'heure ; mais quel que soit le résultat que donnent les recherches qui pourraient être faites

(1) *Med. obs. and inquiry*, 1776.
(2) *Graef. und Walter's Journal*, 1833.
(3) *Alg. Konst.*, *Letterbode*, n° 10, 1843.

ultérieurement, je crois que, vu les accidents dont je viens de parler, on ne doit recourir à la noix vomique qu'après avoir employé des moyens moins violents, et surtout les vésicatoires.

La manière d'administrer le médicament est fort simple :

℞ Noix vomique en poudre.................... 0,03 gram.

A prendre toutes les deux heures, dans un peu d'eau sucrée.

Peut-être beaucoup de médecins trouveront-ils qu'il vaudrait mieux commencer par une dose beaucoup plus faible, et l'augmenter plus ou moins rapidement en surveillant les effets du remède. Je crois que cette conduite doit être suivie, et qu'on évitera par là des accidents graves, qui chez quelques sujets peuvent se développer après l'ingestion d'une faible dose de noix vomique, puisque, chez le malade observé par M. Leviez, il suffit de deux prises de 0,05 grammes de noix vomique pour occasionner les convulsions indiquées.

Arsenic. Je ne ferai que mentionner ici cette substance, bien qu'on ait cité des guérisons remarquables par son emploi. Nous n'avons pas de résumé d'un nombre suffisant de faits qui nous fasse connaître d'une manière précise son degré d'efficacité ; c'est donc un de ces moyens auxquels on ne doit avoir recours qu'en désespoir de cause, et lorsque ceux qui ont le plus de succès dans les cas ordinaires ont complétement échoué.

Vomitifs. La plupart des auteurs ont admis qu'il est certains cas où la névralgie est liée à un *état saburral* des premières voies, et que dans ces cas un vomitif ou un vomi-purgatif produit le meilleur effet. Je n'ai pas, pour mon compte, trouvé de névralgie bien caractérisée, et ayant une certaine durée, qui présentât ce caractère. Je ne nie cependant pas la possibilité du fait ; mais je pense que dans les cas cités par les auteurs, il n'était question d'autre chose que de la céphalalgie qui accompagne l'embarras gastrique, et qui était un peu plus violente qu'à l'ordinaire. Le défaut de détails des observations empêche de se faire, sur ce point, une opinion plus précise. Quoi qu'il en soit, un vomitif ordinaire, ou un *éméto-cathartique* est administré en pareil cas, et l'on répète le médicament si l'affection résiste.

Je ne pousserai pas plus loin cette revue des médicaments employés dans la névralgie trifaciale, parce que, dans l'administration de tous les autres, on ne trouve rien de positif ; je me bornerai à une simple énumération de certains moyens préconisés, et je passerai ensuite au traitement de la névralgie intermittente périodique.

Moyens divers. Parmi les autres moyens proposés, on distingue la poudre des feuilles du *rhus toxicodendron*, à la dose de 2 centigrammes, trois fois par jour (Anderson) ; les frictions avec le *goudron* (1), l'*hydrochlorate de potasse ;* le *carbonate de cuivre*, à la dose de 4 grammes par jour (Richmond) ; le *carbonate de potasse ;* le *cyanure de potassium ;* l'application externe d'une solution de *tartre stibié* (2), ou de la *pommade stibiée* avec incorporation de *mercure* (3) ; des frictions avec la *vératrine*, d'après la formule suivante (4) :

(1) Coiwille, *The Edinburgh med. and surg. journ.*, 1814.
(2) Magri, *The Lond. med. and phys. journ.*, 1820.
(3) Thompson, *Cases of tic doul.*, etc. London, 1834.
(4) Turnbull, *On invest.*, etc. London, 1834.

℞ Vératrine....... de 0,50 à 1 gram. | Axonge .... 30 gram.

Mêlez. Faire, deux fois par jour, des frictions sur les points douloureux, avec gros comme une noisette de cette pommade.

Enfin, l'*acide hydrocyanique*, le *café*, l'exposition à la *vapeur de l'eau bouillante*, et même l'usage interne du *phosphore*.

Je terminerai cette énumération en donnant deux formules de pilules dites *antinévralgiques*, et qui contiennent plusieurs des substances préconisées. La première, employée par M. Trousseau, est ainsi conçue :

℞ Extrait de stramoine....	àà 0,50 gram.	Oxyde de zinc........... 0,50 gram.
Extrait aqueux d'opium .		

Faites quarante pilules. A administrer depuis une jusqu'à huit dans les vingt-quatre heures. Il faut avoir soin d'en porter la dose jusqu'au point où le malade commencera à éprouver des hallucinations, ou au moins un grand trouble de la vue, et continuer ainsi au moins quinze jours après la cessation totale des douleurs.

Pour engager le praticien à mettre en usage ce traitement, il serait nécessaire de produire un grand nombre de faits bien analysés et très concluants.

M. Marchal (de Calvi) propose les pilules suivantes, qui ont réussi dans un cas qui avait résisté à plusieurs moyens, et notamment aux vésicatoires réitérés et à l'hydrochlorate de morphine par la méthode endermique (1) :

℞ Sulfate de quinine.......	0,80 gram.	Poudre de feuilles d'oranger..	àà 1 gram.
Extrait de valériane......	1 gram.	Poudre de cannelle.........	
Extrait aqueux d'opium...	0,20 gram.	Sirop de belladone...........	Q. s.

Faites trente pilules. Dose : une toutes les heures.

Je ne fais que mentionner le fait observé par M. Marchal ; ainsi isolé, il ne peut avoir d'autre importance que d'attirer l'attention des observateurs sur les effets de ces pilules où entrent plusieurs substances actives, mais d'une action très différente.

Traitement de la névralgie trifaciale périodique. C'est, ai-je dit plus haut, dans la névralgie trifaciale que la maladie présente le plus souvent le type intermittent. C'est aussi dans cette affection qu'on a obtenu les plus nombreux succès à l'aide du *quinquina* et du *sulfate de quinine*. M. Rennes est, de tous les médecins, celui qui a été le plus heureux à l'aide de cette médication, puisque, sur trente-deux cas qu'il a observés dans l'espace de quinze mois, il n'en est aucun qui n'en ait été promptement guéri par le sulfate de quinine. Dans les cas que j'ai recueillis, et qui présentaient une périodicité marquée, la moitié ont été rebelles à cette médication, tandis que les autres étaient améliorés en trois ou quatre jours, et complétement guéris en huit ou dix. Je n'ai pas pu trouver la raison de cette différence, qu'on remarque dans les observations des autres aussi bien que dans les miennes, ce qui m'a fait penser que les malades observés par M. Rennes étaient dans des circonstances particulières.

Le *sulfate de quinine* se donne à la dose de 40, 50, 60 centigrammes, ou même *un gramme*, et davantage. Je dois répéter ici ce que j'ai dit à propos de la névralgie périodique en général. D'après mes observations, j'avais pensé (2) que, lorsque

(1) *Gazette des hôpitaux*, janvier 1846.
(2) Voy. *Traité des névralgies*, p. 176.

le médicament n'a pas, dans les trois ou quatre premiers jours, un effet évident, il est inutile d'insister sur son administration. Or, cette proposition, bien qu'incontestable d'une manière générale, est néanmoins un peu trop absolue. J'ai observé récemment un cas dans lequel l'accès n'a été modifié qu'au bout de six ou sept jours, et ayant plus tard élevé la dose du sulfate de quinine à 1 gramme et plus, j'ai trouvé beaucoup moins de cas réfractaires.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'entrer dans des détails sur les divers modes d'administration du sulfate de quinine ; ils sont les mêmes que ceux qu'on emploie dans les *fièvres intermittentes* auxquelles je renvoie.

M. Devay (1) a avancé que le *valérianate de quinine* est supérieur au sulfate de quinine dans le traitement des névralgies périodiques ; mais les faits qu'il rapporte, bien que la guérison ait été obtenue, ne suffisent pas pour démontrer l'exactitude de cette assertion. Ce médecin prescrit de 30 à 40 centigrammes de valérianate de quinine chaque jour.

Résumé. Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur ce qui précède, nous voyons que les traitements qui ont réellement pour eux la sanction de l'expérience sont : 1° les *vésicatoires volants multipliés*, dont l'utilité, dans la grande majorité des cas, n'est pas douteuse ; 2° la *cautérisation transcurrente*, plus efficace encore, mais qu'on ne peut pas toujours mettre en usage ; 3° la *cautérisation profonde*, qu'on ne peut proposer que pour la névralgie du maxillaire inférieur, ou pour les cas dans lesquels la douleur est principalement concentrée dans le nerf frontal ; 4° l'*excision du nerf* : moyen extrême ; 5° les pilules de Méglin et le valérianate de zinc, qui ont procuré des succès, mais dans une proportion qu'il est difficile de préciser ; 6° la *noix vomique*, qui a l'inconvénient de déterminer des accidents parfois fort graves ; 7° le *sulfate* et le *valérianate de quinine*, dans des cas donnés.

Quant aux autres moyens recommandés, on ne saurait se prononcer sur leur efficacité réelle, et, à ce sujet, je dois indiquer rapidement comment doivent être faites les recherches thérapeutiques sur les névralgies, pour avoir un certain degré d'importance.

Il ne suffit pas de citer quelques faits de guérison obtenue par le moyen qu'on emploie ; à ce titre, toutes les médications seraient bonnes, et l'on sait combien il y en a. Il faut de toute nécessité recueillir tous les cas qu'on est appelé à traiter ; en faire une analyse exacte ; tenir compte de l'ancienneté de la maladie, ainsi que des effets des médicaments antérieurs, et faire connaître d'une manière précise les résultats du traitement, quels qu'ils soient. Puis, il faut comparer ces résultats avec ceux qui ont été obtenus par les autres traitements les plus connus, et cela aussi bien sous le rapport du temps employé pour obtenir la guérison, que sous celui du nombre de guérisons obtenues. Une recommandation importante, c'est de ne pas commencer le traitement avant qu'on se soit assuré qu'il ne s'agit pas de ces cas dans lesquels la névralgie se dissipe d'elle-même, et de ne pas employer simultanément plusieurs médications actives, ce que l'on fait très souvent. C'est à ces conditions seulement que les auteurs auront le droit d'exiger qu'on s'occupe attentivement des traitements qu'ils proposent.

(1) *Gazette médicale*, octobre 1844.



RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Médication externe.* Émissions sanguines ; extraction d'un corps étranger ; vésicatoires à demeure, volants, multipliés ; cautérisation transcurrente, profonde ; applications irritantes ; électricité ; narcotiques à l'extérieur ; mercuriaux à l'extérieur ; application du froid ; excision du nerf.

2° *Médication interne.* Pilules de Méglin ; valérianate de zinc ; carbonate de fer ; narcotiques à l'intérieur ; mercuriaux à l'intérieur ; antispasmodiques ; noix vomique ; arsenic ; vomitifs ; moyens divers.

3° Traitement de la névralgie trifaciale périodique.

ARTICLE V.

NÉVRALGIE CERVICO-OCCIPITALE.

M. Ph. Bérard est le premier (1) qui ait désigné d'une manière positive cette affection, dont la description manquait encore. J'ai pu la décrire avec précision, à l'aide de plusieurs observations que j'ai rassemblées, et dont quelques unes appartiennent à des auteurs qui ont pris la maladie pour une névralgie du nerf facial.

Siége de la maladie. Cette maladie a son siége dans les *branches postérieures des quatre premières paires cervicales*, parmi lesquelles la plus importante est le grand nerf occipital d'Arnold.

Causes. Je n'aurais rien à ajouter ici à ce que j'ai dit à propos de l'étiologie de la névralgie trifaciale.

Symptômes. 1° *Douleur spontanée.* Si nous examinons d'abord ce qui a rapport à la *douleur gravative* et *continue*, nous trouvons qu'elle se fait sentir dans plusieurs points qui seront tout à l'heure bien précisés lorsqu'il s'agira de la douleur à la pression, et que le plus constant et le plus incommode de ces points se trouve *entre l'apophyse et les premières vertèbres cervicales.* Les autres points où se fait sentir cette douleur sont disséminés sur la partie postérieure de la tête et du cou, et même sur l'épaule.

Des *élancements* ou des douleurs analogues (piqûre, déchirement, etc.) viennent, par moments plus ou moins rapprochés, se joindre à une douleur continue. Ils partent presque toujours d'un point situé au-dessous de l'occiput, un peu en dehors des vertèbres cervicales, et de là vont retentir dans les parties supérieures du crâne. Quelquefois ces douleurs lancinantes se font sentir jusque dans l'intérieur de l'oreille, mais dans un point qui ne paraît pas situé plus profondément que le conduit auditif externe.

2° *Douleur provoquée.* La douleur à la pression fait reconnaître l'existence des points suivants, qui peuvent très bien ne pas exister tous ensemble chez le même sujet, mais dont on trouve toujours plusieurs, surtout au moment des exacerbations. Ces points sont : le *point occipital*, entre l'apophyse mastoïde et les vertèbres cervicales ; le *point cervical superficiel*, au lieu d'émergence des principaux

(1) *Dict. de méd.*, 2e édit., t. II, art. NÉVRALGIE DE LA FACE.

nerfs qui concourent à former le plexus du même nom ; le *point pariétal*, commun à cette affection et à la névralgie trifaciale ; le *point mastoïdien*, sur l'apophyse mastoïde ; le *point auriculaire*, sur la conque de l'oreille.

Ces divers points douloureux sont souvent assez étendus du côté du cou ; ils sont au contraire généralement circonscrits sur l'apophyse mastoïde, la conque de l'oreille et la bosse pariétale.

Ce qu'il importe surtout de remarquer dans cette disposition des points douloureux, c'est ce point intermédiaire entre les deux névralgies de la tête, ou plutôt, comme je l'ai dit, ce point commun à ces deux affections. Il en résulte que les douleurs lancinantes se transmettent avec la plus grande facilité, du nerf frontal au nerf occipital, et réciproquement, et même que la névralgie, d'abord née dans un de ces nerfs, envahit bientôt l'autre, de manière à y produire, non seulement la douleur lancinante, mais la douleur gravative et la douleur à la pression dans les points désignés. C'est ce qui m'a fait dire (1) qu'on pourrait établir deux nouvelles espèces de névralgies qu'on appellerait, l'une *trifacio-cervicale*, l'autre *cervico-trifaciale*, suivant le nerf qui serait le plus affecté. J'insiste sur ce point, parce qu'on verra plus loin quel jour ces faits jettent sur le *diagnostic*.

Relativement aux complications et aux *symptômes généraux*, je n'ai rien à dire ici qui n'ait été exposé dans l'article consacré à la *névralgie trifaciale*.

Marche, durée, terminaison de la maladie. Comme la névralgie trifaciale, celle dont il s'agit ici présente des accès parfois très violents, et les exacerbations paraissent le plus souvent sous l'influence de l'abaissement de la température. La *durée* et la *terminaison* ne nous présentent non plus rien de particulier.

Diagnostic. J'ai dit qu'on a maintes fois pris pour une *névralgie du nerf facial* l'affection dont il s'agit dans cet article. Nous avons maintenant l'explication de cette erreur. Les élancements partant d'un point voisin de l'oreille, se faisant même sentir dans le conduit auditif externe, se portent vers la face en contournant la tête par l'intermédiaire des nerfs occipital et frontal ; le malade, si on ne l'interroge pas avec soin, et si l'on n'examine pas les parties à l'aide de la pression convenablement exercée, peut donc facilement vous tromper, car les points de départ et les points d'arrivée des élancements sont exactement ce qu'ils devraient être s'il existait réellement une névralgie du nerf facial. Il faudra donc, pour éviter l'erreur, rechercher avec soin les points occipital, pariétal et frontal, et avoir soin de demander au malade quel est le trajet des élancements. De cette manière, le diagnostic devient facile, comme j'ai pu maintes fois m'en assurer.

Voici comment j'ai posé ailleurs (2) le diagnostic de la névralgie cervico-occipitale et du *rhumatisme des muscles du cou*, ou *torticolis* : « On peut se demander, ai-je dit, s'il ne serait pas possible de confondre cette névralgie avec le rhumatisme du cou, connu sous le nom de *torticolis*. Mais voici ce que j'ai observé dans les cas où il n'existait qu'une douleur évidemment musculaire. Les mouvements de la tête étaient douloureux, à un degré ordinairement considérable ; ils l'étaient surtout lorsqu'ils exigeaient une forte contraction des muscles affectés. S'il y avait des élancements, ils étaient sourds et restaient fixés dans les points malades ; la pression déterminait une douleur moins vive, mais plus étendue que dans la né-

(1) *Traité des névralgies*, p. 270.
(2) *Traité des névralgies*.

vralgie ; enfin, dans l'immobilité complète, la douleur était nulle, ou presque nulle, et ne revenait pas par accès. » Malgré cette distinction, il faut convenir que, dans certains cas, il y a un assez grand rapport entre les deux maladies ; mais c'est une question sur laquelle je reviendrai en parlant du rhumatisme musculaire.

Le *pronostic* ne diffère pas de celui de la névralgie trifaciale.

Traitement. Je ne crois pas pouvoir mieux faire, relativement au traitement de la névralgie cervico-occipitale, que de reproduire le résumé que j'en ai donné ailleurs. Voici donc le résultat des faits tel que je l'ai consigné dans mon *Traité :*

« Le traitement employé dans plusieurs des cas précédents a été varié. On a vu le demi-succès obtenu par André à l'aide de la *cautérisation profonde* (employée sur le *point occipital*, de la même manière que sur le point mentonnier dans la névralgie du nerf dentaire inférieur) ; les *vésicatoires volants très multipliés* ont produit, dans un cas, un soulagement sensible à chaque application, sans toutefois triompher complétement de la maladie ; mais il s'agissait d'une de ces névralgies mobiles qui paraissent tenir à un état général du système nerveux, et qui sont si difficiles à guérir. Dans deux cas que j'ai observés récemment, l'emploi de deux vésicatoires volants appliqués sur le point douloureux de la nuque a été suivi du succès le plus prompt et le plus manifeste. Dans un autre, les inoculations de morphine ont parfaitement réussi. Dans un plus grand nombre la névralgie a été enlevée par la *cautérisation transcurrente.* L'emploi des *pilules de Méglin* a été avantageux chez un sujet ; chez un autre, le résultat a été moins évident. On n'a pas oublié le cas cité par Leydig (1), et dans lequel la maladie ayant pris un caractère de périodicité prononcé, le *sulfate de quinine* en a promptement triomphé. L'emploi des *frictions mercurielles*, prescrit par Watton, et suivi d'une amélioration rapide et de la guérison définitive, a besoin d'être soumis à de nouvelles expériences.

« De tous ces moyens, c'est encore le vésicatoire volant multiplié qui a eu le plus souvent d'heureux effets ; c'est aussi celui que je recommande le plus particulièrement. »

J'ajoute que la cautérisation transcurrente est encore plus efficace ; ce dont je n'avais pas encore pu m'assurer à cette époque.

ARTICLE VI.

NÉVRALGIE CERVICO-BRACHIALE.

Lorsque je me suis occupé de la névralgie cervico-brachiale, il existait un certain nombre d'observations d'affections douloureuses ayant leur siége dans un ou plusieurs des rameaux nerveux qui fournissent au bras sa sensibilité. Mais on n'avait pas l'histoire complète de la névralgie occupant le membre supérieur. Ayant réuni un assez grand nombre de faits relatifs à cette maladie, j'ai pu en tracer une description générale dans mon *Traité des névralgies*, et comme depuis cette époque on ne nous a rien fait connaître d'important qui ne se trouve dans cette description, je me crois autorisé à la suivre.

Comme pour la névralgie trifaciale, je décrirai d'abord la névralgie occupant

(1) Halliday, *Considérations pratiques sur les névralgies de la face.* Paris, 1832, p. 53.

indifféremment les divers rameaux ; puis je dirai quelques mots des principales variétés, qui sont, comme on sait, les névralgies *radiale*, *cubitale*, *musculo-cutanée* et *médiane*.

Cotugno (1) s'était borné à indiquer l'existence, dans le nerf cubital, d'une douleur semblable à celle qui caractérise la névralgie sciatique. Chaussier n'a décrit que la névralgie *cubito-digitale*, et les auteurs qui l'ont suivi se sont bornés à donner des observations de névralgies musculo-cutanée, radiale, etc.

Causes. Une *violence extérieure*, une brûlure, une piqûre, ont produit quelquefois une névralgie d'une branche nerveuse du membre supérieur. J'ai cité (*loc. cit.*) une névralgie médiane due à une brûlure, et une névralgie cubitale due à une contusion. J'ai vu dans plusieurs cas la névralgie cervico-brachiale succéder à *des douleurs rhumatismales des muscles de l'épaule*, ce que je rappellerai quand je parlerai du rhumatisme. Je n'ai pas trouvé d'autres causes appartenant en propre à l'affection dont il s'agit. J'ai noté la plus grande fréquence de cette névralgie dans le membre gauche ; mais les faits que j'ai recueillis sont en trop petit nombre pour qu'on regarde ce résultat comme définitif.

Symptômes. — 1° *Douleur spontanée.* La douleur *contusive*, *gravative*, *continue*, s'est fait sentir dans tous les points; les recherches que j'ai faites dans ces derniers temps m'ont fait voir qu'elle se montre surtout à l'épaule, lorsque, comme c'est le cas le plus ordinaire, un certain nombre de branches du plexus sont affectées. On verra plus loin quels sont les points où cette douleur se fait principalement sentir.

Les *élancements* se portent ordinairement de l'extrémité supérieure du membre jusqu'à l'extrémité inférieure en suivant le trajet des nerfs. Dans un cas je les ai vus prendre leur source dans le creux de l'aisselle, et se porter en divergeant, d'une part vers l'épaule et le cou, et de l'autre vers la main, en suivant le nerf cubital.

2° *Douleur provoquée.* Dans tous les cas où elle a été recherchée, la *douleur à la pression* a existé dans un certain nombre des points suivants : Le *point cervical inférieur*, un peu en dehors des dernières vertèbres cervicales ; le *point post-claviculaire*, dans l'angle formé par la clavicule et l'acromion ; le *point deltoïdien* ou *circonflexe*, à la partie supérieure du deltoïde ; le *point axillaire*, dans le creux de l'aisselle ; le *point épitrochléen*, à l'endroit où le nerf cubital contourne l'épitrochlée ; le *point cubito-carpien*, vers la jonction du cubitus et du carpe ; le *point radial*, à l'endroit où le nerf de ce nom contourne l'humérus ; le *point radio-carpien*, vers l'articulation du radius et du carpe ; les *points digitaux*. Les névralgies musculo-cutanée et médiane ayant été recueillies par des auteurs qui n'ont pas exploré le membre à l'aide de la pression, on ne peut pas dire d'une manière précise quels sont les points douloureux qui appartiennent à ces variétés ; on peut seulement les préjuger d'après les notions anatomiques.

De tous les points douloureux, ceux qui sont le mieux circonscrits sont généralement les points cubito-carpien et radio-carpien. La douleur qu'on y détermine par la pression convenablement exercée est quelquefois très grande, et l'on peut par ce moyen donner lieu à des élancements dans tout le membre. Les mouvements du bras, et, lorsque l'affection est violente, l'éternument, les grands mouvements du tronc, augmentent la douleur, surtout dans l'épaule.

(1) *Loc. cit.*, cap. XXXI.

Névralgie brachiale nocturne. Le docteur Gamberini (1) a observé une forme singulière de *névralgie brachiale*, qui commence par une douleur à l'extrémité des doigts d'une main, le plus souvent aux deux derniers, pour s'étendre de là le long de l'avant-bras jusqu'à un ou deux pouces du coude. Jamais, dans les cas que M. Gamberini a observés, elle n'a dépassé cette limite. C'est la nuit que la douleur se développe; elle fait perdre le sommeil et devient intense au point d'arracher des cris. Le jour ramène le calme avec lui; peu de malades conservent le moindre ressentiment des souffrances de la nuit. Quant à la partie douloureuse, elle n'offre, pendant l'accès ni après, aucune altération sensible, ni augmentation de température, bien que pendant ces douleurs le malade y accuse une vive sensation de chaleur et cherche à écarter les couvertures. Et cependant, s'il cherche à calmer cette chaleur importune par des réfrigérants, la souffrance devient atroce. Cette dernière est également exaspérée par des mouvements brusques. On entend quelquefois une crépitation manifeste des tendons, ressemblant au bruit de la neige qu'on écrase sous les pieds. Le plus ordinairement il n'y a qu'un seul membre d'attaqué. Les femmes sont plus particulièrement disposées à cette maladie, spécialement les femmes de vingt à trente ans, de constitution robuste, et dont la profession impose des mouvements fatigants aux membres supérieurs.

Le *sulfate de quinine*, qui semblerait si bien indiqué contre cette forme intermittente de névralgie, est cependant complétement inefficace. La *belladone* paraît le remède le mieux approprié. La maladie n'a jamais manqué d'être promptement améliorée, et elle a été souvent guérie par des frictions faites sur les parties douloureuses avec une pommade contenant 4 grammes d'extrait de belladone pour 30 d'axonge. Il peut y avoir, d'ailleurs, à remplir d'autres indications tirées de l'état général. C'est ainsi qu'une saignée a complété la guérison chez une femme enceinte.

M. Gamberini rapporte quatre observations à l'appui de son travail. Il en avait déjà publié une première sur le même sujet en 1844.

Névralgie cubitale. C'est la plus fréquente de toutes les variétés. Elle est uniquement caractérisée par la circonscription des douleurs dans le nerf cubital. Du reste, les points douloureux sont les mêmes. Ce qu'il y a surtout de remarquable dans les symptômes, c'est la douleur qui se fait sentir dans les deux derniers doigts de la main, et principalement dans le petit doigt. Quelquefois aussi il y a dans ces doigts un engourdissement semblable à celui que produit la compression du nerf cubital auprès de l'épitrochlée, ce qui a fait comparer cette névralgie aux douleurs que cause la contusion du nerf dans le lieu que je viens d'indiquer.

Névralgies radiale, médiane, musculo-cutanée. La connaissance du trajet des nerfs qui sont le siége de ces affections suffit pour faire concevoir les symptômes qui leur sont propres. Je dirai seulement ici, relativement à la névralgie radiale, que le point douloureux qui existe à l'endroit où le nerf contourne l'humérus est surtout important à constater, et que, du côté de la main, le pouce est principalement douloureux et engourdi.

Je dois ajouter que, dans les cas où l'on a admis l'existence de ces névralgies partielles, on a généralement négligé de rechercher si les autres points du plexus

(1) *Il raccoglitore medico* et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er juillet 1848.

brachial étaient ou n'étaient pas douloureux, et que tout porte à croire qu'ils l'étaient dans plusieurs de ces cas.

Sous le rapport des *complications* et des *symptômes* généraux, cette névralgie n'offre rien qui n'ait été indiqué à propos de la névralgie en général. Je n'ai non plus rien trouvé, dans les faits que j'ai analysés, qui m'ait fait penser que la *marche*, la *durée* et la *terminaison* de la maladie présentent quelque particularité importante.

Diagnostic. On peut confondre la névralgie cervico-brachiale, dans quelque rameau qu'elle ait son siége principal ou unique, avec un *névrôme*, affection à laquelle Chaussier a donné le nom de *névralgie anomale.* L'exploration attentive du trajet des nerfs fera reconnaître la nature de la maladie, en constatant la présence ou l'absence de la tumeur qui caractérise le névrôme.

On distingue cette névralgie du *rhumatisme musculaire*, dont le siége est dans le bras, aux caractères suivants que présente cette dernière affection, et que j'ai consignés dans mon *Traité* (p. 330) : « Dans ce rhumatisme, comme dans les autres, la douleur, soit spontanée, soit à la pression, occupe une plus large surface ; les points douloureux ne sont pas disséminés comme dans la névralgie ; les élancements sont moins étendus, moins violents, et ne reviennent pas par accès marqués. C'est dans les mouvements que la douleur est à son summum d'intensité. Elle est quelquefois telle alors, qu'il est impossible au malade de remuer le bras, tandis que, dans l'immobilité, elle est nulle ou presque nulle. »

M. Tanquerel des Planches a donné les caractères distinctifs suivants de la névralgie dont il s'agit et de l'*arthralgie saturnine.* Jamais celle-ci n'a un trajet aussi circonscrit que la névralgie ; elle ne suit pas les cordons nerveux ; elle occupe quelquefois toute l'épaisseur des membres près des articulations. J'ajoute que les points douloureux de la névralgie ne se trouvent pas dans l'arthralgie saturnine.

Rien de particulier sous le rapport du *pronostic.*

Traitement. Je n'ai que quelques mots à dire relativement au traitement ; dans tous les cas que j'ai traités par les *vésicatoires volants multipliés*, le succès a été rapide et constant. Cotugno veut qu'on applique le vésicatoire sur un seul point, l'épitrochlée, parce qu'il le compare au point douloureux qui, dans la sciatique, occupe la tête du péroné, qui est, comme on sait, le lieu d'élection pour l'application de l'emplâtre vésicant dans le traitement de la névralgie du membre inférieur. Depuis que j'emploie la *cautérisation transcurrente*, la guérison a été plus rapide et non moins constante que par les vésicatoires multipliés.

Dans quatre cas traités par M. Martinet, l'emploi de l'*huile essentielle de térébenthine* a réussi en peu de temps (de trois à douze jours), quoique, dans un d'eux, la maladie durât depuis trois ans. On devra donc avoir recours à ce médicament, si les vésicatoires échouent. Je n'entre pas ici dans des détails sur le traitement par l'huile de térébenthine, parce qu'il en sera longuement question ailleurs (1).

Enfin on ne doit pas plus dans cette névralgie que dans toute autre, perdre de vue l'indication fournie par le caractère intermittent périodique, puisque dans un des cas que j'ai rassemblés, le *sulfate de quinine* a été avantageusement administré, et que, tout récemment, M. Vernois a cité un fait semblable.

(1) Voy. *Névralgie sciatique*, traitement.

ARTICLE VII.

NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.

Cette affection était à peine connue, lorsque Nicod (1) en traça une description assez détaillée, mais qui ne fixa pas beaucoup l'attention, parce que les signes de la maladie, tels qu'ils sont indiqués par l'auteur, étaient difficiles à constater. M. Bassereau (2) précisa bien davantage les caractères de cette névralgie, et fit connaître le premier les points douloureux à la pression dans les parois thoraciques, signe de la plus grande importance. Tels sont les principaux travaux qui peuvent nous être utiles, et dont j'ai usé dans mon *Traité des névralgies*, où, à l'aide d'un assez bon nombre d'observations que j'ai recueillies, j'ai tracé de la manière la plus complète qu'il m'a été possible la description de cette maladie. Il faut ajouter cependant que, sous un nom très différent, des médecins anglais et américains, parmi lesquels on doit citer les docteurs Brown (3), Pridgen Teale (4) et Isaac Parrish (5), ont évidemment décrit la névralgie intercostale.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La névralgie dorso-intercostale est suffisamment définie par le nom que je lui donne. Je l'ai appelée dorso-intercostale, parce que, dans les rameaux qui vont se distribuer à la peau du dos, on trouve presque toujours une douleur vive sous forme de *points douloureux* très importants à noter.

Les auteurs lui ont donné les noms de *névralgie thoracique*, névralgie *intercostale*, *névralgie des nerfs intercostaux*, des *nerfs spinaux*. Il y a encore d'autres dénominations que je dois signaler, bien qu'elles paraissent désigner une tout autre maladie, parce que, comme je crois l'avoir démontré ailleurs, l'examen des faits prouve que les auteurs ont eu réellement affaire à des névralgies intercostales; je veux parler des noms employés par les auteurs anglais et américains, tels que : *spinal disease*, *spinal irritation*, *irritation of the spinal marrow*. Enfin, je dois le dire ici, il est plus que probable que, sous le nom de *pleurodynie*, on a bien des fois désigné une affection qui n'était autre que la névralgie dorso-intercostale.

La *fréquence* de cette affection est très grande. Depuis que je m'en suis occupé, j'en ai rencontré un nombre très considérable de cas, et dans les services dont j'ai été chargé dans les hôpitaux, j'en ai toujours trouvé plusieurs exemples, en ne tenant compte que des cas les mieux caractérisés. Il est évident pour moi aujourd'hui que la névralgie dorso-intercostale est cinq ou six fois, au moins, plus fréquente que la sciatique.

(1) *Obs. de névralgie thoraciq.* (*Nouv. journ. de méd.*, t. III, 1818).
(2) *Essai sur la névralgie des nerfs intercostaux*, thèse. Paris, 1840.
(3) *The Glascow med. journ.*, 1828.
(4) *A treat. on neur. dis.* London, 1829.
(5) *On irrit. of she spin. marrow*, etc. (*The Amer. journ.*, 1832).

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Je n'ai pas observé cette maladie chez des sujets de moins de neuf ans; c'est de dix-sept à quarante ans qu'elle se montre ordinairement. Le *sexe* a une très grande influence sur la production de la maladie, ainsi que Nicod l'avait déjà remarqué; dans la très grande majorité des cas, elle se manifeste chez les femmes.

Dans les cas que j'ai observés, les sujets étaient presque tous d'une *constitution* médiocrement forte et d'un *tempérament nerveux*. Chez la plupart des femmes, les *menstrues* présentaient, soit une *éruption douloureuse*, soit une *irrégularité* plus ou moins grande dans leur apparition, soit une *diminution*, soit une suppression. Quel est le rapport de ces troubles fonctionnels avec la névralgie? C'est ce qu'il est difficile de dire d'une manière précise. Cependant leur proportion considérable porte à croire qu'ils ne sont pas sans influence sur la production de la névralgie, ou du moins sans liaison avec elle. Les mauvaises *conditions hygiéniques* n'ont été notées que dans un petit nombre de cas.

Le plus souvent la maladie occupe le *côté gauche*. Quand elle se fait sentir des deux côtés, elle est aussi généralement plus vive à gauche. Je l'ai vue se montrer de préférence dans les *sixième*, *septième* et *huitième espaces intercostaux*.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les sujets dont j'ai analysé les observations, il n'en est qu'un très petit nombre qui aient accusé des causes occasionnelles, et ces causes se réduisent à un *excès de travail*, ou à un *coup* reçu sur la poitrine. Dans quelques cas, la maladie survient après un *zona* des parois thoraciques, ou dans le cours de la *phthisie pulmonaire*. En continuant mes recherches, dans ces dernières années, j'ai vu que parfois l'apparition de la névralgie intercostale accompagnait ou suivait de près celle d'une *bronchite* parvenue aux dernières ramifications des bronches, à la partie inférieure des poumons. J'ai rencontré aussi quelques cas où, à la névralgie intercostale, se trouvait liée une *gastralgie* assez intense; j'en parlerai plus loin.

§ III. — Symptômes.

Douleur spontanée. — *Douleur continue.* Elle est sourde, contusive, et bornée généralement aux points où la pression est douloureuse. Elle peut s'amender très notablement dans l'intervalle des accès, mais il est bien rare qu'elle disparaisse complétement.

2° *Douleur intermittente.* Elle est vive, et constituée par des *élancements* revenant à des intervalles irréguliers. Ces élancements, qui parfois sont remplacés par un sentiment de *déchirement* ou de *piqûre*, ont leur point de départ, tantôt dans une partie du nerf, tantôt dans une autre; mais ordinairement ils se portent du dos vers l'épigastre ou la région précordiale, et toujours ils prennent naissance dans un des points douloureux à la pression, dont je vais donner la description.

Douleur provoquée. La *douleur à la pression* est constante, même dans l'inter-

valle des accès, bien qu'elle puisse diminuer notablement alors. Elle est semblable à celle qu'on produit quand on presse sur une partie contuse, et elle est quelquefois si grande que les malades, par un mouvement presque involontaire, se dérobent brusquement à la pression. La peau est souvent douloureuse à un assez haut degré ; on en acquiert la preuve en la soulevant légèrement au niveau des points douloureux, ou encore en passant doucement le doigt sur elle ; les malades se plaignent vivement, comme si l'on pressait assez fortement la partie malade.

C'est surtout dans cette névralgie qu'il faut se rappeler que, après avoir produit une douleur vive dans un point, la pression peut momentanément cesser d'y être douloureuse. Mais, en attendant quelques instants, on voit la douleur reparaître.

La douleur à la pression se fait sentir ordinairement dans des points très limités, et placés à des intervalles assez grands sur le trajet des nerfs. Ces points sont les suivants : 1° *point postérieur* ou *vertébral*, un peu en dehors des apophyses épineuses, et à peu près vis-à-vis de la sortie du nerf par le trou de conjugaison ; 2° *point latéral*, à la partie moyenne de l'espace intercostal ; 3° *point antérieur*, *sternal* ou *épigastrique*, un peu en dehors du sternum, dans une moitié de l'épigastre, ou entre les cartilages, vers la région précordiale.

Ces points douloureux, ai-je dit, sont ordinairement très limités ; ils n'ont souvent pas plus de 2 ou 3 centimètres de diamètre : aussi est-il nécessaire de les chercher avec soin, car les parties qui les entourent immédiatement peuvent être entièrement indolentes. Dans quelques cas, la douleur à la pression se fait sentir dans des espaces beaucoup plus grands, et quelquefois tout le pourtour de la poitrine a une sensibilité exagérée ; mais, même alors, les points douloureux indiqués se font remarquer par la plus grande intensité de la douleur.

On ne croira pas que cette douleur à la pression est uniquement due aux manœuvres employées par l'explorateur, quand on saura que le côté opposé de la poitrine, lorsqu'il est sain, peut être pressé trois ou quatre fois plus fort, sans que le malade se plaigne et fuie la pression.

Les *grandes inspirations*, les *efforts de la toux*, et quelquefois les *grands mouvements du bras et du tronc*, exaspèrent aussi la douleur dans les points qui viennent d'être indiqués, mais tantôt dans l'un et tantôt dans l'autre, sans qu'on puisse découvrir de règle fixe.

Le plus souvent, lorsqu'on provoque la douleur par les moyens mentionnés plus haut, on ne produit qu'une douleur contusive ; mais, dans certains cas, qui ne sont pas très rares, on excite, en outre, des élancements semblables à ceux qui ont été décrits ; ou bien, en pressant dans un point, on détermine une douleur qui retentit dans un autre, et réciproquement.

Tels sont les symptômes locaux caractéristiques de la névralgie dorso-intercostale. Les *symptômes généraux* sont très peu constants et très légers. Dans d'autres parties du corps, on trouve souvent des douleurs de nature névralgique ou non, comme dans toutes les névralgies. Du côté des *voies respiratoires*, on n'observe rien de particulier ; l'auscultation et la percussion démontrent que l'état des poumons est normal dans les points affectés de névralgies *sans complication*. « Le *pouls*, ai-je dit ailleurs (1), était habituellement dans son état normal. Lorsqu'il

(1) *Traité des névralgies*, p. 349.

subissait quelques modifications, on en trouvait la cause ailleurs que dans la plus ou moins grande intensité des douleurs (dans l'influence du traitement, presque toujours). Il n'y avait ni chaleur, ni frissons, ni sueur qu'on pût rapporter à la violence de la névralgie, ou qu'on pût regarder comme des signes d'une fièvre larvée. »

Il en est généralement de même de l'*état des voies digestives*. Si quelquefois il survient des troubles gastro-intestinaux, ils sont ordinairement légers, et ne paraissent nullement liés à la névralgie intercostale. Mais, dans quelques cas, et j'en ai vu récemment un exemple remarquable à l'Hôtel-Dieu annexe, il existe des symptômes de *gastralgie*, qui sont, d'après ce que j'ai observé, sous la dépendance même de la névralgie. Ce fait me paraît assez important pour que j'entre dans quelques détails.

Le sujet dont je viens de parler éprouvait, lors de son entrée à l'hôpital, des douleurs dans les nerfs intercostaux qui sont ordinairement affectés. Ces douleurs, qui avaient tous les caractères indiqués plus haut, dataient de plusieurs jours, et leur apparition avait été promptement suivie de troubles de la digestion, et de vomissements des boissons ou d'une matière non colorée, fade ou salée, filante, évidemment muqueuse. Trois vésicatoires appliqués aux lieux d'élection, ayant enlevé les douleurs en deux jours, les vomissements s'arrêtèrent pour ne plus revenir, et le malade fut pris, peu de temps après, d'une *névralgie cervico-occipitale*, se prolongeant jusqu'au nerf trifacial, et qui céda au bout d'un temps plus long à l'action des vésicatoires multipliés. Un autre fait de la même nature s'est passé en ville sous mes yeux. Je crois que l'attention des médecins doit se fixer sur ce point de pathologie. Sans doute, il est bien plus difficile d'expliquer ces symptômes gastriques que les symptômes utérins, que nous trouverons dans la *névralgie lombo-abdominale*, mais on peut supposer que la douleur se propage par l'intermédiaire du grand sympathique, ou bien qu'il existe, comme on l'a dit récemment, une *action réflexe*; et cette explication ne satisfît-elle pas complétement, il n'en serait pas moins important de connaître ces faits, puisque, d'une part, nous savons que, en combattant la névralgie dorso-intercostale, nous triomphons des symptômes gastriques, et, de l'autre, nous ne sommes pas certains que, en agissant directement sur l'estomac, nous puissions arriver aussi rapidement au résultat avantageux que j'ai obtenu.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Comme toutes les névralgies, celle qui nous occupe est formée d'*accès* plus ou moins violents et d'intervalles de calme plus ou moins longs. Je n'ai jamais vu la névralgie dorso-intercostale se présenter avec les caractères d'une affection périodique, et je ne connais pas de cas de ce genre. Ce fait paraîtra remarquable si l'on se rappelle ce que nous avons dit à ce sujet en parlant de la *névralgie trifaciale*. J'ai trouvé qu'en général les *exacerbations* correspondent à l'abaissement plus ou moins brusque de la température; mais il n'y a rien de fixe à cet égard.

La *durée* ne présente rien de particulier, non plus que la *terminaison*. Les choses se passent dans cette névralgie comme dans toutes les autres. Parfois elle prend un caractère *chronique*, et devient très rebelle à tous les traitements.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Lorsqu'on a bien présents à l'esprit le siége des douleurs, leur forme, et les résultats de la pression sur les points douloureux, on ne saurait trouver de difficultés réelles dans le diagnostic. Cependant il est bon de dire quelques mots de certaines affections avec lesquelles la névralgie dorso-intercostale a sans doute été confondue avant ces derniers temps, et avec lesquelles un examen peu attentif pourrait la faire confondre encore.

Je ne parlerai pas des *maladies de poitrine*, parce que l'absence de tout phénomène morbide à la percussion et à l'auscultation ne laisse aucun doute à cet égard dans les cas non compliqués, et que dans les cas compliqués, soit de bronchite aiguë, soit de phthisie pulmonaire, le siége particulier des douleurs névralgiques n'est nullement celui qu'occupent les douleurs propres à ces affections, ce qui suffit pour le diagnostic. La *pleurésie sèche* pourrait seule offrir quelques difficultés; mais cette maladie, extrêmement rare, donne lieu à une gêne plus ou moins grande de la respiration, et à d'autres symptômes du côté des voies respiratoires, tels que *bruit de frottement* à l'auscultation, *toux*, *fièvre*, etc., ce qui suffirait pour le diagnostic, quand même le siége plus étendu de la douleur et la non-distribution en points limités ne viendraient pas éclairer le médecin.

Il est, au contraire, important d'entrer dans quelques détails sur le diagnostic différentiel de la névralgie dorso-intercostale et du *rhumatisme des parois thoraciques*. Ce rhumatisme est, comme on sait, désigné sous le nom de *pleurodynie*. Or, aujourd'hui, pour tous ceux qui examinent les faits très attentivement, et qui ne se contentent pas de savoir qu'il y a une douleur dans un point de la poitrine, la pleurodynie est devenue une maladie rare, tandis que la névralgie dorso-intercostale peut passer pour une des plus fréquentes. Cela ne prouve-t-il pas que, jusqu'à ces derniers temps, les névralgies dorso-intercostales, méconnues, ont été prises pour de simples *pleurodynies?* C'est ce qui n'est pas douteux pour moi, et ce qui ne le sera pas davantage pour tous ceux qui voudront étudier les faits avec quelque attention. Mais il est des cas dans lesquels la douleur siége, non plus dans les points indiqués plus haut, mais dans un ou plusieurs des muscles du thorax. L'affection présente alors les caractères du *rhumatisme musculaire*, qu'il faut savoir distinguer de la névralgie. Voici comment j'ai posé ce diagnostic dans mon *Traité des névralgies* (p. 408):

« Lorsque la douleur peut être rapportée au rhumatisme musculaire, elle occupe un espace plus étendu, mal circonscrit. La douleur à la pression est en général moins vive, et l'on ne trouve pas les points limités dont j'ai parlé. Dans aucun cas, on ne constate une douleur siégeant uniquement dans deux points situés à une distance très grande l'un de l'autre, comme dans la névralgie dorso-intercostale. Lorsque le rhumatisme est violent, la douleur est moins vive à la pression que dans les mouvements du tronc et dans les efforts de la toux, ce qui n'a pas lieu dans la névralgie. Quant aux élancements, ils n'ont pas de caractère distinctif bien tranché, et c'est ce qui explique comment, en négligeant l'examen direct des parois de la poitrine, on a pu commettre de nombreuses erreurs. » Je reviendrai sur ce point à propos du *rhumatisme musculaire*.

L'*angine de poitrine* présente certains caractères qui la rapprochent des névral-

gies, et même quelques auteurs n'ont vu dans cette affection qu'une névralgie de forme particulière. Une discussion est nécessaire à cet égard ; je la renvoie à l'article qui sera consacré à l'angine de poitrine, ainsi que le diagnostic différentiel de cette affection et de la névralgie dorso-intercostale.

La névralgie dorso-intercostale pourrait faire croire à l'existence de certaines *affections du rachis* ou de la *moelle épinière*. Voici, à cet égard, comment j'ai établi ailleurs ce diagnostic important (1) : « Certaines *maladies de la moelle*, ai-je dit, donnent lieu à des douleurs plus ou moins limitées dans la colonne vertébrale ; serait-il possible de les confondre avec la névralgie dont il s'agit? 1° Dans les cas de *méningite spinale*, la douleur est plus vive, plus étendue, et s'exaspère bien davantage sous la pression exercée sur les apophyses épineuses; lorsqu'elle s'irradie, ce n'est point dans tel ou tel espace intercostal, mais çà et là ; il y a fréquemment des convulsions, de la contracture, du tétanos même, et rien de tout cela ne se rencontre dans la névralgie dorso-intercostale.

» 2° Les sujets affectés de *ramollissement de la moelle épinière* éprouvent fréquemment des douleurs qui, partant d'un point limité de la colonne vertébrale, entourent l'abdomen ou la base de la poitrine comme une ceinture. On conçoit donc que, dans des cas semblables, on puisse se demander s'il existe une névralgie dorso-intercostale. On évitera l'erreur en se rappelant les symptômes de cette névralgie. La douleur névralgique n'a lieu le plus ordinairement que d'un seul côté, ou si elle existe à droite et à gauche à la fois, elle est généralement beaucoup plus forte dans ce dernier côté ; dans le ramollissement de la moelle, au contraire, elle a lieu des deux côtés, et est égale à droite et à gauche. La pression chez les sujets atteints de cette dernière affection n'est pas toujours douloureuse, même vers la colonne vertébrale ; lorsqu'elle l'est, c'est sur une ou plusieurs apophyses épineuses ; un peu à droite ou à gauche, et là où existe la plus vive douleur dans la névralgie, la pression la plus forte ne produit rien quand il s'agit d'un ramollissement de la moelle ; de plus, il n'y a ni *point antérieur*, ni *point latéral*. Ainsi donc, il ne faut qu'une exploration un peu attentive pour distinguer l'une de l'autre ces deux espèces de douleurs, même en faisant abstraction de la *paraplégie*.

» Mais j'ai cité deux cas où la névralgie dorso-intercostale s'était développée *chez des sujets atteints de ramollissement de la moelle ;* le diagnostic est-il alors plus difficile? Nullement. La névralgie conserve ses caractères distinctifs; ils sont même quelquefois d'autant plus remarquables qu'il existe en même temps une douleur plus profonde, bornée ordinairement à une seule apophyse, ne s'étendant ni à droite ni à gauche, et due évidemment à l'affection de la moelle.

» 3° Dois-je chercher à établir un diagnostic entre la névralgie dorso-intercostale et l'*irritation spinale* des auteurs anglais et américains? Mais je crois avoir suffisamment établi (2), dans l'historique, l'*identité de ces deux affections*, au moins dans la grande majorité des cas. Je ne sais même s'il existe réellement une irritation spinale. Toutefois quelques uns des cas cités par les auteurs, et notamment celui qu'a recueilli Ollivier, d'Angers (3), présentent des symptômes qui ne

(1) Voy. *Traité des névralgies*, p. 420.
(2) Voy. *Traité des névralgies*, p. 337 et suiv.
(3) *Traité des maladies de la moelle épinière.*

semblent pas se rapporter à la névralgie dorso-intercostale. C'est donc un sujet à étudier de nouveau, mais avec plus de soin et d'exactitude.

» 4° J'ai encore à dire un mot des douleurs rachidiennes qui existent chez les individus affectés de *carie vertébrale*, ou d'une maladie organique de l'abdomen, telle que le *cancer de l'estomac* et *du foie*.

» On sait que, dans la *carie vertébrale*, on peut déterminer une douleur dans le point du rachis où siége la maladie, en pressant sur les parties latérales de la poitrine. Le mouvement qu'on imprime aux côtes, agissant sur les vertèbres malades, doit nécessairement produire cet effet. On pourrait croire alors avoir affaire à une douleur névralgique développée par la pression dans un point éloigné de la sortie du nerf où elle viendrait retentir, comme cela avait lieu dans plusieurs des cas que j'ai cités. Mais on sera détrompé par les signes suivants. C'est surtout en pressant sur la côte, et non dans l'espace intercostal, qu'on détermine la douleur : on la fait naître tout aussi bien en pressant largement avec la paume de la main, qu'en n'employant que l'extrémité d'un doigt, et enfin, on ne développe pas de douleurs dans le point pressé lui-même, tandis que, dans la névralgie, c'est là qu'elle acquiert le plus d'intensité.

» Quant à la douleur qui se manifeste dans certains cas de *cancer de l'estomac ou du foie*, elle n'a pas été parfaitement décrite. Tout ce que l'on a noté, c'est qu'il y a des élancements qui traversent la poitrine et qui semblent aller de l'organe malade à un point fixe du rachis. Mais on n'a pas exploré avec assez de soin les espaces intercostaux, pour savoir si la pression y est ou non douloureuse. C'est un sujet de recherches qu'il faut signaler à l'attention des observateurs. »

Les questions que je viens de traiter dans le diagnostic m'ont paru avoir trop d'importance et de nouveauté pour ne pas être exposées avec détail, et c'est aussi ce qui m'engage à résumer les principaux traits de ce diagnostic différentiel dans un *tableau synoptique*.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la névralgie dorso-intercostale et de la pleurésie sèche.*

NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.	PLEURÉSIE SÈCHE.
Respiration un peu douloureuse, mais généralement *libre*.	Respiration douloureuse et *gênée*.
État normal des organes à *l'auscultation*.	Par l'*auscultation*, on constate *un bruit de frottement* du poumon.
Ni toux, *ni fièvre*, à moins de complication.	*Toux*, *fièvre*.

2° *Signes distinctifs de la névralgie dorso-intercostale et de la pleurodynie.*

NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.	PLEURODYNIE.
Points douloureux généralement peu étendus, *circonscrits*.	Douleur occupant un espace *plus étendu*, *mal circonscrit*.
Siégeant à des *distances plus ou moins éloignées*.	*Non disséminée* dans des points plus ou moins éloignés.
Douleur généralement *plus vive à la pression*.	Douleur généralement *moins vive à la pression*.
Moins vive dans les mouvements.	*Plus vive*, quelquefois insupportable dans les mouvements.

3° *Signes distinctifs de la névralgie dorso-intercostale et de la méningite spinale.*

NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.	MÉNINGITE SPINALE.
Douleur *moins vive*.	Douleur *plus vive*.
S'exaspère moins sous la pression.	*S'exaspère beaucoup plus* sous la pression exercée sur les apophyses épineuses.
Moins étendue ; n'occupe ordinairement que quelques espaces intercostaux.	*Plus étendue* ; occupe souvent une très grande étendue de l'épine.
S'irradie *en suivant les espaces intercostaux*.	S'irradie *çà et là*.
Ni *convulsions*, ni *contracture*, etc.	*Convulsions, contracture*, etc.

4° *Signes distinctifs de la névralgie dorso-intercostale et des douleurs du ramollissement de la moelle épinière.*

NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.	RAMOLLISSEMENT DE LA MOELLE.
Siége ordinairement *d'un seul côté*.	Douleurs *des deux côtés*.
Dans les cas de *névralgie double*, douleurs *plus vives dans un côté*, et ordinairement à gauche.	Douleurs *égales à droite et à gauche*.
Pression *toujours douloureuse*.	La pression *n'est pas toujours douloureuse*.
Douleur à la pression *dans les points indiqués*.	Douleur à la pression *sur les apophyses épineuses seulement* ; ni point antérieur, ni latéral.

5° *Signes distinctifs de la névralgie dorso-intercostale et des douleurs de la carie vertébrale.*

NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.	CARIE VERTÉBRALE.
En pressant sur la partie antérieure d'une côte, *on ne produit pas de douleurs dans le rachis*.	*Douleurs vers le rachis*, lorsqu'on presse sur la partie antérieure d'une côte correspondant à la carie.
Douleur causée dans le point pressé lui-même.	*Pas de douleur* dans le point pressé.
La douleur à la pression n'est guère produite que *quand on presse avec l'extrémité du doigt*.	Même *en pressant largement*, on détermine la douleur communiquée par les mouvements des côtes.

Pronostic. Le pronostic de cette affection n'est généralement pas grave. Il faut seulement savoir qu'elle est, parmi les névralgies, une de celles qui se reproduisent le plus fréquemment, sous l'influence de causes fort légères, et souvent même sans cause appréciable, et qu'elle a une assez grande tendance à passer à l'état chronique.

§ VII. — Traitement.

J'ai peu de particularités à mentionner relativement au traitement de la névralgie dorso-intercostale. Cette affection étant une de celles qui ont été le plus généralement méconnues jusqu'à ces dernières années, sa thérapeutique n'est pas riche.

Il résulte de mes recherches, que, de toutes les maladies de ce genre, la névralgie dorso-intercostale est celle qui cède le plus promptement et le plus constamment aux *vésicatoires volants multipliés*.

Quant à l'emploi des *sels de morphine* sur les vésicatoires, il ne doit pas être

rejeté, parce que cette névralgie est quelquefois extrêmement douloureuse, mais ses avantages sont bornés comme dans toutes les autres névralgies.

J'ai vu plusieurs fois de très violents *accès de névralgie intercostale* qu'on pouvait prendre pour des *coliques nerveuses* (ou plutôt qui, par une erreur de diagnostic, doivent nécessairement avoir été bien des fois désignés sous ce nom de coliques), céder très promptement à l'emploi de trois ou quatre *sinapismes* sur les points douloureux. Mais cette médication ne produisait pas une guérison durable, et au bout d'un temps ordinairement très peu long, les douleurs caractéristiques de la névralgie se reproduisaient, avec ou sans accès violents.

Les *émissions sanguines* n'ont paru produire aucune amélioration, d'après mes premières recherches (1); mais depuis j'ai reconnu que, dans quelques cas peu fréquents, les *ventouses scarifiées* ont procuré une amélioration assez grande qu'une étude attentive des faits m'a fait rapporter plutôt à l'irritation produite par les incisions faites à la peau, qu'à la perte de sang elle-même, ce qui rentre dans la règle que j'ai établie à propos du *traitement des névralgies en général* (2).

L'emploi des *narcotiques* à l'intérieur ne nous fournirait aucune considération réellement importante, bien que plusieurs auteurs, et notamment M. Bassereau, lui attribuent une certaine efficacité.

Parmi les moyens conseillés par M. Brown contre l'*irritation spinale* que nous avons vue ne pas différer de la maladie dont nous nous occupons, on distingue le *coucher en supination.* Cette position, d'après mes recherches, soulage ordinairement le malade, mais ne le guérit pas.

Quant aux moyens proposés, ce sont les mêmes que dans les autres névralgies, et je n'ai rien à en dire en particulier.

Comme on le voit, c'est dans les *vésicatoires volants multipliés* que le médecin doit avoir le plus de confiance. Dans les cas rebelles, la *cautérisation transcurrente* sera d'un grand secours.

ARTICLE VIII.

NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.

Si l'on fait abstraction de la névralgie *ilio-scrotale* de Chaussier, affection qui n'est autre chose, comme on le verra plus loin, qu'une variété de celle à laquelle je donne le nom de névralgie lombo-abdominale, on peut dire qu'on n'avait sur cette espèce aucune notion positive, lorsque je m'en suis occupé (3). Les faits que j'ai cités alors ne pouvaient laisser aucun doute. Depuis j'en ai vu plusieurs qui sont venus confirmer ce que j'ai avancé; et je ne doute pas que les médecins qui se sont livrés à une exploration convenable n'en aient observé d'assez nombreux exemples. Je vais d'abord décrire d'une manière générale la névralgie lombo-abdominale; je dirai ensuite quelques mots à part de la variété importante signalée par Chaussier, c'est-à-dire de la névralgie ilio-scrotale.

Fréquence et causes. La *fréquence* de la névralgie lombo-abdominale est assez grande. Depuis que je la recherche avec soin, je l'ai trouvée beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Je l'ai vue aussi attaquer plus souvent le

(1) Voy. *Traité des névralgies*, p. 428.
(2) Voy. art. *Névralgie en général.*
(3) Voy. *Traité des névralgies*, chap. V, p. 431.

côté droit que le côté gauche. « Les nerfs envahis, ai-je dit ailleurs (1), étaient évidemment les premières paires lombaires, et surtout la première. Tantôt l'affection n'occupait que les branches postérieures, tantôt elle gagnait les branches antérieures, et, dans ce dernier cas, il y avait une différence dans la forme de l'affection, suivant que la douleur se bornait en avant à l'hypogastre, ou qu'elle descendait jusqu'au testicule ou à la grande lèvre. » C'est lorsque la douleur s'étend ainsi aux parties génitales que le médecin, concentrant son attention sur les symptômes qui se manifestent dans ce point, ne voit pas la douleur qui se fait sentir plus haut dans le trajet des nerfs, et désigne la maladie sous le nom de *testicule douloureux ;* on peut admettre néanmoins que, dans certains cas, la douleur peut être bornée à cette partie, de même que dans la *sciatique* elle peut être bornée à un des nerfs plantaires; mais ces cas doivent être fort rares, si j'en juge par ce que j'ai vu.

Symptômes. La *douleur spontanée* ne nous présente rien de particulier. Que par la pensée on rapporte aux lombes et à la paroi abdominale ce que nous avons trouvé dans les parois thoraciques, chez les sujets affectés de névralgie intercostale, et l'on aura ce qui se passe dans la névralgie lombo-abdominale. C'est principalement vers l'*hypogastre*, un peu en dehors de la ligne blanche, et dans une étendue qui peut varier de deux ou trois à six ou sept centimètres de diamètre, que la douleur spontanée se fait ordinairement sentir. Les malades souvent la désignent sous le nom de *coliques*, parce qu'ils éprouvent dans la partie inférieure de l'abdomen une sensation de torsion et en même temps de chaleur ordinairement fort pénible. J'en ai vu tout récemment un exemple très remarquable. Les douleurs étaient par moments si vives, qu'elles arrachaient des cris, puis il ne restait qu'un peu de pesanteur et une sensation de contusion.

Névralgie utéro-lombaire. Quelquefois les douleurs s'étendent jusqu'à l'*utérus*, et à ce sujet je dois présenter quelques considérations que j'ai déjà indiquées en parlant de la *névralgie utérine.*

Si l'on en croit M. Bassereau, les douleurs de la névralgie intercostale seraient produites par une irritation utérine, qui se propagerait aux nerfs intercostaux par l'intermédiaire du grand sympathique. Pour la névralgie lombo-abdominale on n'a pas besoin d'invoquer cette intervention du grand sympathique, et l'on peut admettre que les filets des nerfs de la vie animale sont douloureux jusque dans l'utérus. Mais est-ce l'état de l'utérus qui rend les nerfs douloureux, ou, au contraire, est-ce la douleur de la névralgie qui se propage à l'organe ? Voici quelques faits qui peuvent servir à éclairer la question : J'ai vu plusieurs fois la névralgie lombo-abdominale chez des femmes qui se plaignaient de douleurs plus ou moins vives vers le col de l'utérus ; or, en les touchant, je constatais que la douleur utérine est bornée à un seul côté lorsque la névralgie n'existe également que d'un seul côté, et qu'elle est généralement plus forte du côté où la névralgie est le plus intense, lorsque cette affection est double. Or comment supposer qu'une irritation, une inflammation, ou une affection quelconque de l'utérus capable de produire des douleurs jusque dans les lombes, ait un siége aussi limité qu'un point qui peut être couvert avec le doigt, et qui ne se trouve que d'un seul côté ? Il est vrai que des

(1) *Traité des névralgies.* Paris, 1841, in-8, p. 461.

flueurs blanches peuvent coïncider avec cet état névralgique ; mais ne voyons-nous pas, dans la névralgie faciale, par exemple, un écoulement nasal, la salivation, le larmoiement se manifester, sans qu'on soit tenté de rapporter à un état inflammatoire du nez, de la bouche et des yeux, les douleurs qui caractérisent cette névralgie? Enfin, et j'insiste sur ce point, parce qu'il a une très grande importance pratique, la douleur étant dissipée dans les points des lombes et des flancs qui seront mentionnés plus loin, on voit très souvent disparaître tous les symptômes du côté de l'utérus. Ce qui a pu tromper les observateurs, c'est que fréquemment il existe un état complexe : il y a complication. Les inflammations utérines, les *catarrhes* utérins sont très fréquents, et l'on conçoit qu'ils se montrent assez souvent en même temps qu'une névralgie lombo-abdominale ; mais, en observant les cas simples, on apprend bientôt à faire la part des coïncidences.

On m'objectera peut-être qu'il est arrivé fréquemment qu'en cautérisant le col de l'utérus on a fait cesser en même temps, et la douleur qui existait dans cet organe et la douleur des lombes et de l'hypogastre ; mais cela ne prouve nullement que la source du mal soit dans l'utérus, car nous voyons tous les jours un ou plusieurs vésicatoires appliqués sur la tête du péroné suffire pour faire disparaître des douleurs qui occupent toute l'étendue du nerf sciatique. Ainsi tout nous porte à croire que, dans l'immense majorité des cas, si ce n'est dans tous, l'affection à laquelle on a donné le nom de *névralgie utérine* n'est autre chose qu'une névralgie lombo-abdominale dont le *point le plus douloureux* se trouve au col utérin.

J'ai fourni des preuves convaincantes en faveur de cette manière de voir dans un travail publié en 1847 (1). Les faits contenus dans ce travail démontrent, en effet, que dans beaucoup de cas regardés comme des affections utérines d'une tout autre nature, il ne s'agit que de la névralgie qui nous occupe, et s'il en fallait d'autres preuves, je citerais les observations de M. Mitchell avec le résultat du traitement de ce médecin que j'ai indiqué à l'article *Leucorrhée*, et d'autres qui ont été recueillies par différents médecins. Ainsi M. Gerdy (2) propose les vésicatoires sur les lombes pour combattre les douleurs de la *métrite*. Or le succès de ce moyen prouve seul que les cas qu'il a observés sont, sans aucun doute, du nombre de ceux que j'ai signalés comme *consistant dans une névralgie lombo-abdominale et simulant une affection plus ou moins profonde de la matrice.*

Les faits observés par M. Malgaigne (3) viennent aussi à l'appui de ce que j'avance, et bien qu'il les ait traités par la simple incision du col utérin, on aurait tort d'en conclure qu'il n'y avait pas une névralgie étendue aux nerfs lombaires, car le traitement de toutes les névralgies nous montre des exemples nombreux de cette action d'un moyen énergique sur tout le nerf affecté, alors même qu'on ne l'applique qu'à un point limité. Je me bornerai à citer pour exemple le résultat de la cautérisation du dos du pied, à la manière des Arabes, dans la névralgie sciatique.

Douleur provoquée. C'est par la *pression* qu'on produit la douleur la plus importante pour le diagnostic. Les points douloureux qu'on découvre par ce moyen sont : le *point lombaire*, un peu en dehors des premières vertèbres de ce nom ; le

(1) Voy. *Bull. gén. de thér.*, janvier 1847.
(2) *Bull. gén. de thér.*, juin 1846.
(3) *Revue méd.-chir.*, 1848.

point iliaque, un peu au-dessus du milieu de la crête de l'os des iles ; le *point hypogastrique*, au-dessus de l'anneau inguinal et en dehors de la ligne blanche ; le *point inguinal*, vers le milieu du ligament de Fallope ; le *point scrotal* ou de la *grande lèvre*, qui manque dans un certain nombre de cas, mais qui dans d'autres est très remarquable ; enfin, assez souvent, un *point douloureux*, sur un des côtés du col de l'utérus, qu'on distingue facilement par le *toucher vaginal*.

Les grands mouvements du corps, les efforts de la toux, les efforts pour aller à la garderobe, augmentent aussi les douleurs. J'ai vu récemment, dans un cas, la *miction* les exaspérer considérablement, sans qu'il m'ait été possible de m'assurer s'il existait de la douleur dans la *vessie* elle-même, ou si tout se passait dans les parois abdominales.

Névralgie ilio-scrotale, ou névralgie lombo-abdominale propagée au scrotum ou à la grande lèvre. J'ai cité dans mon ouvrage trois cas dans lesquels il était évident que l'*irritable testis*, le *testicule douloureux* d'Astley Cooper, n'est autre chose que la propagation de la névralgie, des lombes au testicule ou à la grande lèvre, en suivant le trajet de la principale branche abdominale, c'est-à-dire du *nerf ilio-scrotal*.

Cette variété est caractérisée par la douleur souvent excessivement vive qui occupe le testicule ; et cette douleur est quelquefois telle que le moindre contact sur la glande spermatique est insupportable.

Marche ; durée ; terminaison de la maladie. Sous tous ces rapports, la névralgie lombo-abdominale ne présente rien qui lui soit propre. On a cité des cas où la douleur du testicule a été extrêmement rebelle.

J'ai rapporté (1) un cas de *névralgie intermittente utéro-lombaire* qui a complétement cédé au sulfate de quinine. Dans ce cas, on trouvait des points douloureux le long du trajet des nerfs lombaires ; ce qui prouve, comme je l'ai déjà dit, que bien rarement la névralgie de l'utérus est toute locale et qu'elle n'est habituellement qu'une forme de la névralgie *lombo-abdominale*.

Diagnostic. Voici comment j'ai établi le diagnostic dans mon ouvrage (2) : « Le *lumbago*, ai-je dit, est certainement, de toutes les affections douloureuses qui occupent les lombes, celle qu'on peut confondre le plus facilement, et qu'on a, sans aucun doute, le plus souvent confondue avec la névralgie lombaire. Dans les cas de douleurs musculaires des lombes, que j'ai pu étudier, et dont plusieurs des observations citées dans cet ouvrage offrent des exemples, la douleur existait des deux côtés ; elle occupait la masse des muscles sacro-lombaires et long dorsal, et ne s'étendait pas au delà. Ordinairement la pression était douloureuse à un faible degré sur les masses musculaires, mais dans une étendue plus large que dans la névralgie lombaire. Elle était principalement exaspérée par les mouvements de flexion et de redressement du tronc. Elle était faible ou nulle dans l'immobilité, à moins que la maladie ne fût très aiguë. Les élancements, moins vifs que ceux de la névralgie, restaient fixes dans la région lombaire. On voit donc que la distinction est facile si l'exploration est faite convenablement.

» Il est une autre affection douloureuse qui siége également dans les muscles des

(1) *Union médicale*, 23 septembre 1847.
(2) Voy. *Traité des névralgies*, p. 462.

lombes, et que nous ne connaissons pas encore assez pour décider si elle est un simple rhumatisme musculaire ou une maladie différente ; je veux parler de cette affection qu'on nomme dans le vulgaire *tour de reins*, et qui consiste en une douleur très vive, survenue subitement, et pendant un effort quelconque, mais surtout pendant l'effort nécessaire pour soulever un fardeau. La douleur à la pression est souvent très vive, mais elle n'est rien en comparaison de celle que font éprouver les mouvements du tronc, et surtout ceux de flexion et de redressement. Elle est, au reste, bornée aux lombes, et ne produit pas d'élancements qui aillent s'irradier dans les parois abdominales. Les causes de la maladie, son début subit et les symptômes que je viens d'énumérer, serviront à la faire distinguer de celle qui nous occupe. L'emploi de quelques émissions sanguines locales est, dans cette douloureuse maladie, infiniment plus efficace que dans la névralgie.

» On distingue la névralgie lombo-abdominale du *rhumatisme* de la paroi antérieure de l'abdomen, aux mêmes caractères différentiels qui viennent d'être donnés pour le rhumatisme des lombes ; il n'y a que de légères différences dues à la différence des régions.

» Les femmes affectées d'*inflammation de l'utérus*, ou dont les règles sont difficiles (*dysménorrhée*), éprouvent très souvent des douleurs qui, parties des lombes, se dirigent vers le petit bassin ; ces douleurs doivent-elles être rangées dans les névralgies lombaires ? Le petit nombre des faits ne nous permet pas de nous prononcer à cet égard d'une manière positive. Je dirai cependant que, ayant eu occasion d'observer, à l'hôpital de Lourcine, une jeune fille qui, dans le cours d'une blennorrhagie, éprouva tous les symptômes d'une inflammation de l'utérus, avec douleurs vives et lancinantes dans les deux aines et dans la région sacrée, je ne découvris, malgré une exploration très attentive, aucun point douloureux dans le trajet des nerfs lombaires. Il faut donc admettre que la douleur locale de l'utérus s'irradiait dans le bassin, soit en suivant les nerfs hypogastriques vers le plexus sacré, soit par une autre voie qui nous est inconnue.

» Dans le *cancer de l'utérus*, des douleurs, semblables à celles dont je viens de parler, et quelquefois plus violentes, se font fréquemment sentir. Dans un cas de ce genre, je n'ai pas plus découvert de signes de névralgie que dans l'inflammation utérine, et j'ai cru devoir en tirer les mêmes conclusions. M. Bassereau est arrivé à des résultats semblables.

» Du côté des voies urinaires, il est une affection qui pourrait donner lieu à quelques erreurs de diagnostic : c'est la *gravelle*. Lorsqu'un gravier un peu volumineux (1) se trouve engagé dans l'uretère, il produit une douleur très vive, qui va retentir dans le testicule, lequel présente une rétraction marquée. La violence extrême de cette douleur, son apparition brusque dans l'abdomen et les troubles de la sécrétion urinaire, viendront en aide au diagnostic, qui ne saurait être douteux, si l'on y joint l'exploration par la pression, dont j'ai eu si souvent occasion de faire connaître les avantages. »

La névralgie lombo-abdominale n'étant pas encore très bien connue, je n'ai pas cru devoir abréger ce diagnostic, dont les détails convaincront les médecins de la nécessité d'étudier attentivement les faits, toutes les fois qu'il s'agit de douleurs

(1) Voy. t. III, art. *Colique néphrétique*.

occupant l'abdomen et les lombes. C'est la même raison qui m'engage à résumer ce qui vient d'être dit dans un tableau synoptique.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la névralgie lombo-abdominale et du lumbago.*

NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.	LUMBAGO.
Douleur ordinairement d'*un seul côté*.	Douleur occupant les *deux côtés*.
Dépasse presque toujours *les lombes*, et *se porte vers la paroi abdominale*.	*Bornée aux lombes*; élancements fixes.
Douleur *vive* à la pression, dans des *points circonscrits*.	Douleur ordinairement *modérée* à la pression, dans des *points étendus*.
Mouvements *médiocrement douloureux*.	Douleur *beaucoup plus vive par les mouvements* que sous la pression.
Douleurs des accès *très vives, même dans l'immobilité*.	Douleur *faible dans l'immobilité*.

2° *Signes distinctifs de la névralgie lombo-abdominale et de la douleur lombaire nommée vulgairement tour de reins.*

NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.	TOUR DE REINS.
Douleur *médiocre dans les mouvements*.	Douleur excessive dans les *mouvements du tronc qui sont brusquement arrêtés*.
S'étend à l'abdomen.	*Bornée aux lombes*.
Se déclare *graduellement*.	Survient *subitement* dans un effort.
Résiste aux émissions sanguines.	*Cède promptement* aux émissions sanguines locales.

3° *Signes distinctifs de la névralgie lombo-abdominale et du rhumatisme de la paroi antérieure de l'abdomen.*

NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.	RHUMATISME DE LA PAROI ANTÉRIEURE DE L'ABDOMEN.
Douleur ordinairement d'un *seul côté*.	Douleur des *deux côtés*.
Points douloureux jusque *dans les lombes*.	Douleur *bornée à l'abdomen*.
Douleur à la pression dans des points plus ou moins *circonscrits*.	Douleur à la pression dans *toute ou presque toute l'étendue* de la paroi abdominale.
Mouvements *médiocrement douloureux*.	Mouvements ordinairement *si douloureux qu'ils deviennent impossibles*.
Douleur des accès *très vive, même dans l'immobilité*.	Douleur *modérée dans l'immobilité*.

4° *Signes distinctifs de la névralgie lombo-abdominale, de l'inflammation et du cancer de l'utérus.*

NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.	INFLAMMATION OU CANCER DE L'UTÉRUS.
Accès *marqués*.	*Pas d'accès* ordinairement.
Points douloureux à la pression.	*Pas de points douloureux à la pression*, à moins de complication.

5° *Signes distinctifs de la névralgie lombo-abdominale et de la colique néphrétique.*

NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.	COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.
Douleur *moins vive*.	Douleur *beaucoup plus vive*.
Apparue *graduellement*.	Apparue *brusquement*.
Sécrétion urinaire *normale*.	*Troubles* de la sécrétion urinaire (voy. *Gravelle*, t. III).

Pronostic. Ce que j'ai dit du pronostic, à propos de la névralgie dorso-intercostale, s'applique parfaitement à la névralgie lombo-abdominale; seulement, lorsque l'affection attaque violemment le testicule, on doit craindre, d'après les faits cités par Astley Cooper et plusieurs autres chirurgiens, de la trouver très rebelle.

Traitement. Étant le seul qui aie traité avec connaissance de cause un certain nombre de névralgies lombo-abdominales, et ayant toujours fait usage des *vésicatoires volants multipliés* et de la *cautérisation transcurrente*, tout ce que je peux dire ici, c'est que ces moyens m'ont parfaitement réussi dans tous les cas, quoique je n'aie traité ainsi que ceux qui duraient depuis un certain temps. Je fais cette réflexion, parce qu'il n'est peut-être pas de névralgie qui, à un degré d'intensité modéré, ait autant de tendance à se dissiper spontanément que la névralgie lombo-abdominale. Tous les jours on voit des femmes qui se plaignent de douleurs de l'hypogastre et des lombes, qui ont les points douloureux indiqués plus haut, et qui s'en voient débarrassées par quelques jours de repos et de simples adoucissants.

Il me suffit de rappeler que, dans les cas de *névralgie utéro-lombaire*, les *vésicatoires volants* sur les points douloureux des lombes, des flancs, de l'hypogastre (Gerdy et moi), *le cautère actuel* (Mitchell), la *cautérisation transcurrente*, la section du col utérin (Malgaigne), ont parfaitement réussi; j'ajoute que, dans les derniers temps, j'ai fait disparaître avec la plus grande facilité les douleurs fixées au col utérin, *en cautérisant légèrement le pourtour de cette partie avec le fer rougi à blanc*. On peut voir, du reste, pour plus de détails, ce que j'ai dit à ce sujet, aux articles *Névralgie utérine*, *Leucorrhée* et *Dysménorrhée*.

ARTICLE IX.

NÉVRALGIE CRURALE.

Nous ne connaissons qu'un très petit nombre de cas de névralgie crurale simple. Il arrive assez souvent de voir des sujets affectés d'une violente *sciatique*, se plaindre de douleurs dans le trajet du nerf crural, mais il est très rare de voir la névralgie crurale isolée. J'en ai cependant observé quelques exemples que j'ai rapportés dans mon *Traité des névralgies* (1), et voici comment je les ai résumés :

« Les *symptômes* n'ont pas différé sensiblement de ceux qu'on observe dans les autres névralgies. Ce sont toujours des *points douloureux* disséminés, circonscrits (dans l'aine, la partie interne de la cuisse, du genou, du pied), qui forment des *foyers de douleur* d'où partent des élancements; c'est toujours la *marche capricieuse* de la maladie et l'absence de toute altération apparente des tissus occupés par elle; c'est toujours enfin cette préférence que la douleur affecte pour les lieux où le nerf devient superficiel et envoie des rameaux cutanés.

» Dois-je parler du traitement en général? Avec un aussi petit nombre d'observations, je ne saurais le faire d'une manière utile. Disons seulement que, eu égard, à la ressemblance de cette névralgie avec les autres, tout porte à croire que le

(1) Chap. VIII, p. 478.

traitement ne doit pas être différent (*vésicatoires volants multipliés*, *cautérisation*, etc.), et qu'on peut lui appliquer, par exemple, ce qui va être dit à l'occasion de la *névralgie sciatique*. Je dois ajouter cependant : 1° que Chaussier regarde la *névralgie fémoro-prétibiale* (crurale) comme plus facile à guérir que les autres maladies de la même espèce, et 2° que les succès signalés par M. Martinet (1) et obtenus à l'aide de l'*huile essentielle de térébenthine* sont très remarquables.

ARTICLE X.

NÉVRALGIE SCIATIQUE (*fémoro-poplitée de Chaussier*).

La névralgie sciatique est celle qui a été le mieux étudiée par les auteurs. On la trouve déjà mentionnée dans les écrits d'Hippocrate. Mais c'est à Fernel (2) qu'on en doit la première description un peu précise, quoique très succincte ; et Cotugno (3) est celui qui a le plus éclairé ce point important de pathologie, dans un mémoire qui a une grande réputation. Les auteurs qui sont venus ensuite ont ajouté quelques détails importants à l'histoire de la maladie. Je citerai en particulier le travail de M. Martinet (4), qui a un intérêt majeur sous le rapport de la thérapeutique. Enfin, ayant analysé 125 cas de cette affection, j'ai pu en donner une histoire complète (5).

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *névralgie sciatique* à l'affection douloureuse du grand nerf de ce nom, qu'elle soit bornée à une petite partie de son étendue, ou qu'elle occupe son tronc et la plupart de ses rameaux. Cependant, lorsqu'elle est bornée à des rameaux très distincts, comme les nerfs plantaires, on lui donne les noms de *névralgie plantaire interne* ou *externe*, etc. ; mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, on ne doit regarder ces névralgies ainsi limitées que comme des variétés.

On a donné à cette affection plusieurs autres noms dont les principaux sont : *coxagra; dolor coxendicus; ischias; ischias nervosa; malum coxendicum; névralgie fémoro-poplitée*.

C'est une des névralgies les plus *fréquentes*. Avant les dernières recherches sur la *névralgie dorso-intercostale*, on la regardait même comme de beaucoup la plus fréquente ; mais les médecins qui recherchent avec soin cette dernière affection ont pu se convaincre que la névralgie thoracique se rencontre bien plus souvent.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Avec le nombre d'observations que j'ai indiquées, il m'a été permis de faire quelques recherches importantes sur l'étiologie de cette affection. Je vais les résumer rapidement.

(1) *Du traitement de la sciatique et de quelques névralgies par l'huile de térébenthine*. 2° édit., Paris, 1829.
(2) *Universa medic.*, lib. VI, cap. XVIII, *De morb. arthrit.*, 1679.
(3) *De ischiade nervosa comm.* Neap. 1764.
(4) *Du trait. de la sciatique*. Paris, 1829, in-8.
(5) *Traité des névralgies*, 1841, chap. VIII.

Age. Cotugno a cité un cas de cette névralgie chez un enfant de onze ans. Mais c'est après l'âge de vingt ans qu'elle se montre ordinairement. J'ai trouvé, dans mes recherches, qu'elle était à peu près également fréquente dans les périodes de dix ans renfermées entre vingt et soixante ans.

Sexe. J'ai noté que l'affection était plus fréquente chez les hommes, environ dans la proportion de trois à deux. Les hommes, d'après les faits dont je parle, se sont aussi montrés plus fréquemment atteints de récidives.

Sous le rapport de la *constitution*, je n'ai rien trouvé de particulier. On a, dans un certain nombre de faits, signalé le *tempérament nerveux*.

Les désordres de la *menstruation* se sont montrés assez souvent chez les femmes; mais à ce sujet je n'aurais rien à ajouter à ce que j'ai dit à propos de la *névralgie en général*.

Conditions hygiéniques. Dans près de la moitié des cas où l'influence de l'*habitation* a pu être recherchée, on a trouvé que les sujets habitaient un lieu sombre, humide, ou exposé aux intempéries de l'air. L'étude des faits, sous les rapports des divers *excès*, des *professions*, de la *nourriture*, de l'*hérédité*, ne jette aucune lumière sur l'étiologie de la névralgie sciatique.

J'ai trouvé cette névralgie chez plusieurs sujets affectés de *maladies de la moelle*. « Dans aucun cas, ai-je dit ailleurs (1), la sciatique n'a paru être la suite d'une *métastase*, et l'on n'a rien noté qui pût faire croire qu'elle était de *nature syphilitique*. » Cependant je reviendrai sur ce point à l'occasion du traitement.

J'ai constaté que c'est dans les *mois les plus froids* de l'année que se développe le plus fréquemment cette névralgie.

2° Causes occasionnelles.

Dans les cas où l'interrogatoire a été fait d'une manière exacte, la cause occasionnelle le plus fréquemment constatée a été un *refroidissement* prolongé ; rarement on a pu attribuer la production de l'affection à l'action subite du *froid*. Quelques malades avaient eu les pieds dans l'eau, s'étaient couchés sur l'herbe mouillée, etc.

Voici maintenant ce que j'ai trouvé en consultant les auteurs : « Parmi les causes occasionnelles, J. Frank, ai-je dit (2), place : 1° les *blessures*, les *contusions ;* 2° le *refroidissement des membres inférieurs*, surtout quand on se couche sur le sol humide, le corps étant échauffé ; 3° la *métastase morbilleuse ;* 4° la *suppression des hémorrhoïdes, des lochies, de la sécrétion laiteuse ;* 5° surtout le *vice arthritique ;* 6° la *piqûre du nerf saphène*, dans la saignée pratiquée sur la veine du même nom ; 7° les *lésions de l'utérus*, ou les *troubles des fonctions*.

On peut y joindre l'existence d'une tumeur du bassin, la grossesse, ou d'un kyste de l'ovaire comprenant les nerfs, des tumeurs hémorrhoïdales ou fécales énormes (3).

« De ces causes, ai-je ajouté, la deuxième paraît suffisamment démontrée dans nos observations, et la première est au moins probable. Quant aux autres, les tumeurs exceptées, rien ne prouve leur action. Des cas de névralgie par piqûre du nerf

(1) *Traité des névralgies*, p. 496.
(2) *Traité des névralgies*, p. 580.
(3) Sandras, *Union médicale*, 7 août 1851.

saphène sont cités par Sabatier, et c'est d'après eux que J. Frank a signalé cette cause, trop facile à apprécier pour qu'on puisse révoquer en doute son existence. »

§ III. — Symptômes.

1° *Douleur spontanée.* Comme dans les autres névralgies, la douleur spontanée doit être distinguée en *contusive continue*, et en *lancinante intermittente.* La *première*, déjà signalée par Cotugno, est très importante. Elle occupe les principaux points douloureux, ou *foyers de douleur*, qui seront mentionnés plus loin. Elle est souvent très pénible pour les malades. La *seconde* consiste en sensations diverses. Ce sont ordinairement des *élancements* qui, plus ou moins fréquemment, partent des points douloureux pour aller retentir dans une étendue variable du trajet du nerf; parfois c'est un *sentiment de froid*, ou, au contraire, de *chaleur brûlante ;* la *sensation d'un liquide froid*, ou *chaud*, ou *corrosif*, coulant le long du nerf. Enfin, chez quelques sujets chez lesquels la maladie est très violente, on voit survenir des *crampes*, des *secousses* plus ou moins fortes du membre affecté.

La douleur spontanée est si bien circonscrite dans le trajet du nerf que, le plus souvent, ainsi que l'a fait remarquer Cotugno, le malade peut, avec le doigt, suivre ce trajet aussi bien que le ferait un anatomiste.

2° *Douleurs provoquées.* La plus importante pour le praticien est, sans contredit, la *douleur provoquée par la pression* avec l'extrémité des doigts. Par elle on découvre les *points douloureux* ou foyers de douleur, qui sont souvent très limités et n'ont pas plus de deux ou trois centimètres de diamètre. Ces points douloureux sont les suivants : le *point lombaire*, immédiatement au-dessus du sacrum; le point *sacro-iliaque*, au niveau de l'articulation du même nom, un peu au-devant de l'épine iliaque postérieure et supérieure; l'*iliaque*, vers le milieu de la crête de l'os des iles ; le *fessier*, au sommet de l'échancrure sciatique; le *trochantérien*, vers le bord postérieur du grand trochanter; le *fémoral supérieur*, le *fémoral moyen* et le *fémoral inférieur*, dans le trajet du nerf le long de la cuisse; le *poplité*, dans le creux du jarret; le *rotulien*, sur le bord externe de la rotule; le *péronéo-tibial*, vers l'articulation du péroné et du tibia; enfin le *péronien*, point important au niveau de l'endroit où le nerf contourne le péroné; le *malléolaire*, à la partie postérieure et inférieure de la malléole; le *dorsal du pied*, et le *plantaire externe*, qui existe assez rarement.

Il est rare que tous ces points existent chez le même sujet; mais on en trouve ordinairement un assez grand nombre, et le malade lui-même en désigne plusieurs avec précision. Ce sont surtout ceux qui ont leur siége vers l'articulation sacro-iliaque, le grand trochanter, la tête du péroné et la malléole.

La douleur produite par l'extrémité du doigt qui presse sur ces points est quelquefois très vive, comme dans la névralgie intercostale; parfois aussi ce n'est qu'une sensibilité exagérée, et alors il est important de presser de l'autre côté du corps, dans les points correspondants, pour se convaincre que la douleur n'est pas simplement produite par une pression trop forte.

Si l'on interroge les malades d'une manière précise, on apprend d'eux ordinairement que la sensation que leur fait éprouver la pression est la même que celle

que leur ferait éprouver le même moyen d'exploration sur un point préalablement contus.

Chez un certain nombre de sujets, les points qui viennent d'être indiqués sont seuls douloureux à la pression ; mais il arrive aussi chez quelques uns que les intervalles qui séparent ces points présentent une sensibilité anormale. Toutefois il n'y a aucune parité entre cette sensibilité exagérée et celle qui existe dans les foyers de douleur.

Il arrive quelquefois, comme dans les autres névralgies, que la pression exercée dans un point détermine un de ces élancements que nous avons vus plus haut se produire spontanément ; parfois même une série d'élancements suit l'exploration, et l'on a déterminé ainsi un véritable accès névralgique ; mais les cas de ce genre sont rares.

Lorsque la douleur est très violente, les *mouvements* du membre dans le lit suffisent pour l'exaspérer dans les points indiqués ; dans le cas contraire, il faut, pour que cet effet ait lieu, que les malades *marchent*. C'est principalement au moment où, le pied appuyant par terre, le membre supporte le poids du corps, que la douleur se produit et acquiert son plus haut degré de violence. Il en résulte que le malade ose à peine poser son pied sur le sol ; que son membre fléchit brusquement dès que le poids du corps se fait sentir, qu'il se reporte rapidement sur l'autre jambe, et qu'il boite sensiblement. Aussi, dans une sciatique d'une certaine intensité, les sujets ne peuvent-ils faire un pas sans s'appuyer sur un bâton, ou même sont-ils obligés de garder le lit.

J'ai vu néanmoins des malades qui marchaient assez librement après avoir fait un nombre de pas ordinairement considérable. J'ai cité l'observation d'un homme qui se sentait notablement soulagé, après avoir fait rapidement et plusieurs fois le tour des salles de l'Hôtel-Dieu, après avoir descendu, remonté les escaliers ; et cependant il avait une sciatique intense. Il ne faudrait pas conclure de ce cas que la marche ne provoque pas et n'exaspère pas les douleurs ; car, avant que le soulagement se manifestât, ce sujet était obligé de supporter les souffrances les plus vives, et ce n'est que quand la fatigue arrivait, ou lorsque, comme on le dit vulgairement, le membre était *échauffé*, que les douleurs se calmaient.

Parfois les douleurs sont très violentes ; le membre est condamné à une immobilité si complète, qu'il en résulte, au bout d'un temps assez long, cette *semi-paralysie*, qui a été signalée par Cotugno, et dont j'ai parlé plusieurs fois ; mais les cas de ce genre sont rares : on n'observe ordinairement qu'un engourdissement plus ou moins marqué, qui peut être borné à une petite étendue : le pied, par exemple.

L'*amaigrissement* du membre se remarque dans les mêmes circonstances ; mais il faut prendre garde de s'en laisser imposer par l'état de flaccidité dans lequel se trouvent tous les muscles.

Il n'est pas rare d'observer, outre ces symptômes qui caractérisent la névralgie sciatique, d'autres phénomènes, qui ont leur siége dans d'autres parties du corps, et dont il importe de dire un mot. On observe fréquemment d'autres douleurs de nature névralgique dans la tête, les parois de la poitrine ou de l'abdomen, et le *rhumatisme musculaire* est une des complications les plus fréquentes de la maladie qui nous occupe. Quant aux *troubles digestifs*, au léger *mouvement fébrile*

qu'on observe quelquefois, il est facile de s'assurer qu'ils n'appartiennent pas en propre à la maladie dont nous parlons, et qu'ils sont le plus souvent le résultat du traitement (ordinairement de l'emploi des vésicatoires étendus ou multipliés).

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

J'ai très peu de chose à dire de particulier sur la marche de la maladie. Son début, ses exacerbations, sa terminaison, sont les mêmes que dans les autres névralgies ; ce qu'il y a seulement de remarquable, c'est que la névralgie sciatique, bien qu'offrant des exacerbations marquées et une intermittence irrégulière très prononcée, comme les autres affections du même genre, présente bien plus rarement cette périodicité des fièvres larvées que j'ai plusieurs fois signalée, notamment dans l'histoire de la névralgie trifaciale. Et, ce qui vient donner plus de poids encore à cette remarque, c'est que, même dans les cas très rares où l'on a cru découvrir un type intermittent bien caractérisé et fournissant une indication précise, l'événement a prouvé souvent qu'on s'était trompé, et le sulfate de quinine a échoué. D'où vient une pareille dissemblance entre deux affections de même nature, quoique ayant un siége différent ? C'est ce qu'il est très difficile de dire.

La *durée* de la maladie est on ne peut plus variable. La névralgie sciatique peut disparaître spontanément en quelques jours, et se perpétuer malgré tous les moyens. Ces derniers cas sont heureusement très rares. Presque toujours la *terminaison* est heureuse ; lorsqu'elle ne l'est pas, c'est uniquement parce que la maladie passe à l'état chronique, s'il est permis de parler ainsi, car elle ne menace pas l'existence.

Les *récidives* sont très fréquentes. On voit quelques sujets chez lesquels la névralgie sciatique paraît et disparaît souvent à des intervalles variables, et j'ai reconnu, par l'étude des faits, que ces retours se manifestent particulièrement dans les temps froids. Mais ces attaques multipliées sont ordinairement très légères, et de loin en loin on en voit apparaître d'autres plus violentes, plus durables, plus continues auxquelles on peut donner réellement le nom de névralgies sciatiques, tandis que les autres ne méritent, à proprement parler, que celui de douleurs sciatiques. J'ai, en outre, constaté que les sujets qui présentent ces retours si fréquents de la névralgie sciatique sont sujets à d'autres névralgies, et présentent ces états morbides auxquels j'ai cru devoir donner les noms de *névralgie multiple* et *névralgie erratique*, et dont je dirai quelques mots plus loin.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je ne parlerai point ici des altérations hypothétiques imaginées par quelques médecins ; je ne ferai que mentionner l'opinion de Cotugno, qui attribuait la névralgie sciatique à un liquide âcre coulant le long du nerf et venant du canal rachidien, ainsi que l'hypertrophie du nerf signalée par Cirillo. On a regardé la névralgie sciatique comme due à une inflammation, parce que, dans quelques cas, on a trouvé le nerf un peu rouge ; mais, dans d'autres, on l'a trouvé, au contraire, décoloré, et, plus souvent encore, sans aucune espèce de lésion appréciable. Cette dernière remarque suffit pour nous convaincre qu'il n'y a aucune lésion anatomique propre à la névralgie sciatique, et que, sous ce rapport, elle ne diffère pas des autres affections du même genre.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de cette affection ayant une importance incontestable, je crois devoir reproduire, sans abréger beaucoup, quelques détails que j'ai présentés dans mon *Traité*.

Après avoir cité un cas de *rhumatisme articulaire* compliqué d'une véritable névralgie sciatique, j'ai montré que ces affections ne pouvaient pas être confondues entre elles, tant elles diffèrent. C'est au point que, dans le cas dont je parle, on a pu distinguer les deux maladies, alors même que le rhumatisme articulaire étant dans sa plus grande intensité, il semblait devoir masquer l'affection nerveuse. L'existence de cette dernière est du reste devenue parfaitement évidente, lorsque le rhumatisme articulaire s'est dissipé.

La *coxalgie*, à une époque de sa durée, peut en imposer pour une névralgie sciatique. J'en ai cité un exemple remarquable (1). On peut, en effet, trouver dans cette affection des points douloureux à la pression, à la hanche, au genou, derrière la tête du péroné, et comme cela avait lieu dans le cas dont je viens de parler, la douleur dans certains mouvements, dans les secousses de la toux, pendant la marche, peut retentir jusque dans le pied, sous forme d'élancements. Mais les signes suivants serviront à caractériser la maladie profonde de l'articulation, et à la faire distinguer de la névralgie. En pressant sur le grand trochanter, on détermine une douleur vive dans les parties profondes de l'articulation; cette douleur est bien plus violente encore lorsqu'on veut imprimer des mouvements de flexion et d'extension à la cuisse. Le malade peut à peine poser le pied par terre, et la marche devient promptement impossible. Bientôt la fièvre lente s'allume; il y a des redoublements le soir, de la langueur, de l'émaciation, et dès lors l'inflammation chronique de l'articulation de la hanche, faisant des progrès rapides, le diagnostic devient très facile.

Voici maintenant ce que m'a appris l'étude des faits relativement au diagnostic du rhumatisme musculaire et de la névralgie sciatique (2).

« Le *rhumatisme musculaire* affecte quelquefois une plus ou moins grande étendue de la cuisse ou de la jambe. Dans ce cas, y a-t-il quelque difficulté pour distinguer les douleurs produites par cette maladie de celles que cause la sciatique? Je ne le pense pas. Dans le rhumatisme musculaire, plusieurs muscles sont presque toujours affectés. La douleur est vive lorsque ces muscles entrent en contraction plutôt que dans tout autre mouvement. La pression est douloureuse dans une grande étendue de la cuisse ou de la jambe, et non pas exclusivement dans le trajet des nerfs. La douleur contusive et permanente a également une largeur assez considérable. Le malade, au lieu d'indiquer avec le bout du doigt la trace de la douleur de la hanche vers le pied, la signale vaguement dans une grande partie du membre, et avec toute la main; les élancements, s'il en existe, n'ont pas de trajet déterminé. J'ai vu à l'hôpital de Lourcine un cas de ce genre, dans lequel ces différences étaient on ne peut pas plus marquées. »

(1) Voy. *Traité des névralgies*, obs. 52ᵉ, p. 591.
(2) *Loc. cit.*, p. 594.

La paraplégie ne présente quelques difficultés que parce que fréquemment elle s'accompagne de douleurs dans les membres inférieurs. Voici comment je me suis exprimé à ce sujet dans mon *Traité :*

« Dans la *paraplégie*, suite d'affections de la moelle épinière, on observe des douleurs de différente nature dans les membres inférieurs. Ce qui les distingue des douleurs produites par la sciatique, c'est : 1° leur siége : elles occupent principalement la plante des pieds, la partie moyenne des membres, et se font sentir des deux côtés; 2° leur forme: elles consistent en fourmillements et en picotements semblables à des piqûres d'aiguilles, plutôt qu'en élancements, et en une douleur sourde dans divers points; 3° leur intensité, qui est moindre que celle des douleurs sciatiques. Il faut joindre à ces signes l'absence de douleur causée par les mouvements, la roideur des membres, leur paralysie, l'embarras de la défécation et de la miction, symptômes qui n'appartiennent pas à la névralgie sciatique. Dans les cas très graves et très anciens de cette dernière maladie, il existe quelquefois, il est vrai, une semi-paralysie décrite par Cotugno; mais, outre qu'elle n'a, dans aucun cas authentique, affecté les deux membres, elle est toujours moins prononcée que dans les affections de la moelle. Ce point, au reste, est fort bien résumé par J. Frank; il dit (1) :

RACHIALGIA LUMBARIS.	NEURALGIA.
Ambo plerumque femora magis *imbecillitate* quam cruciatibus tentantur.	*Unum* afficitur femur, magis *dolore* excruciatum, quam *imbecillitate*.

» Bien que ces signes paraissent évidents, la confusion entre les deux maladies a été faite quelquefois ; j'en ai donné un exemple dans l'observation de Cirillo précédemment citée. Cependant il eût suffi d'un peu d'attention pour éviter l'erreur. Mais on doit se rappeler que j'ai trouvé une névralgie sciatique chez quatre sujets affectés d'une paraplégie occasionnée par une affection de la moelle. Dans ces cas, le diagnostic offrait-il de plus grandes difficultés ? Nullement, comme on a pu s'en convaincre par ce qui a été dit dans plusieurs des articles précédents. Les symptômes de névralgie sciatique n'étaient que temporaires, ils revenaient à des intervalles irréguliers; ils avaient été précédés des symptômes de l'affection de la moelle, lesquels restaient toujours évidents dans les intervalles, et conservaient leurs caractères particuliers, qui venaient seulement s'ajouter à la maladie, sans rien changer à ses signes. »

Enfin la maladie qui nous occupe pourrait être confondue avec une *névrite* ayant son siége dans le nerf sciatique; mais à ce sujet je n'aurais rien à ajouter à ce que j'ai dit, en parlant de la névrite en général, et il me suffit, par conséquent, de renvoyer à l'article *Névrite* (2).

(1) *Loc. cit.*, p. 214.
(2) Voy. art. *Névrite*.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la névralgie sciatique et de la coxalgie.*

NÉVRALGIE SCIATIQUE.	COXALGIE.
Douleur à la pression *aux environs* et principalement *en arrière* du grand trochanter.	Douleur causée par la pression, exercée principalement *sur* le grand trochanter.
La douleur produite par la flexion et l'extension de la cuisse est *nulle ou légère*.	La douleur produite par la flexion et l'extension de la cuisse est *tellement vive* qu'elle rend ordinairement ces mouvements impossibles.
La marche est douloureuse, mais non *impossible*.	Marche rendue *impossible* par l'excès de la douleur.
Point de symptômes de *fièvre hectique*.	*Symptômes de fièvre hectique.*

2° *Signes distinctifs de la névralgie sciatique double et de la paraplégie avec douleurs.*

NÉVRALGIE SCIATIQUE.	PARAPLÉGIE.
Douleur indiquée par le malade *le long du trajet des nerfs*.	Douleur *vague* vers la plante des pieds, la partie moyenne des membres.
La douleur sciatique est *sourde*, *continue*, avec des *élancements* marqués.	Douleur consistant surtout en *fourmillements* et *picotements*.
Douleur généralement *plus vive*.	Douleur généralement *beaucoup moins vive*.
Augmente beaucoup par les mouvements, et surtout pendant la marche.	*Est peu ou point augmentée* dans les mouvements et dans la marche.
Pas de roideur.	*Roideur* des membres, à une certaine époque de la maladie.
Semi-paralysie qui rend le membre faible, mais n'ôte rien à la certitude des mouvements.	*Paralysie*, flaccidité, incertitude des mouvements des membres inférieurs.
Point de symptômes du côté du rectum et de la vessie, à moins d'accidents.	*Difficulté* de la défécation et de la miction.

3° *Signes distinctifs de la névralgie sciatique et du rhumatisme musculaire.*

NÉVRALGIE SCIATIQUE.	RHUMATISME MUSCULAIRE.
Douleur, surtout vive *lorsque le membre supporte le poids du corps*.	Douleur vive, principalement *lorsque les muscles malades entrent en contraction* (flexion, extension du membre).
Pression douloureuse dans des *points limités* et dans le trajet du nerf.	Pression douloureuse *dans une large étendue*, et non dans le trajet des nerfs.
La douleur spontanée *suit le trajet du nerf*.	La douleur spontanée *ne suit pas le trajet du nerf*; élancements sans trajet déterminé.

Pronostic. La sciatique n'est pas une maladie mortelle. Lorsque pendant longues années on a négligé de la traiter, ou qu'on ne lui a opposé que de faibles moyens, elle peut devenir rebelle; mais ce n'est pas le cas le plus fréquent; car les faits sont nombreux dans lesquels une sciatique datant de plusieurs années a été guérie en quelques semaines et même en quelques jours. Cependant, toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic est incontestablement plus grave lorsque la névralgie est ancienne. Chez quelques sujets, la névralgie sciatique alterne avec d'autres affections du même genre, qui ont des signes très variés; ces cas sont remarquables par la fréquence des récidives.

§ VII. — Traitement.

Nous retrouvons nécessairement, dans le traitement de la névralgie sciatique, beaucoup de moyens employés contre les autres névralgies. Il est bien rare, en effet, que les médecins qui ont reconnu une certaine efficacité à un médicament dans une névralgie quelconque ne l'aient pas aussitôt appliqué à toutes les autres. Je n'insisterai, dans ce paragraphe, que sur les moyens plus particulièrement dirigés contre la névralgie sciatique, ou qui se sont montrés spécialement efficaces dans le traitement de cette affection.

Émissions sanguines. Plusieurs auteurs ont prescrit les émissions sanguines ; mais le peu d'insistance que la plupart d'entre eux ont mis à en recommander l'emploi, et le peu de crédit de cette médication auprès de la plupart des médecins doit déjà nous faire penser que les succès qu'elle a procurés ne sont ni nombreux ni frappants. Ce sont surtout les émissions sanguines locales auxquelles on a recours. J'ai dit plus haut de quelle manière agissent, dans des cas rares, les *sangsues* et les *ventouses scarifiées;* je n'y reviendrai pas ici. Au reste, ces moyens échouent le plus souvent, comme je l'ai prouvé (1).

Vésicatoires à demeure. Le vésicatoire à demeure, c'est-à-dire entretenu avec une pommade épispastique, est un moyen dont l'efficacité est incontestable. Mais les faits m'ont démontré qu'elle est moindre encore que celle des vésicatoires volants multipliés ; et comme, d'un autre côté, le pansement avec la pommade épispastique est très douloureux dans les cas de névralgie, c'est à ceux-ci qu'il faut définitivement avoir recours.

Vésicatoires volants. J'ai rappelé dans mon *Traité* (page 614) que Cotugno, qui le premier a préconisé vivement le vésicatoire, avait recours au vésicatoire volant qu'il pansait avec le beurre frais, et non au vésicatoire à demeure, comme l'ont cru la plupart des auteurs qui sont venus après lui. C'est sur la tête du péroné que Cotugno appliquait le vésicatoire. Rarement il en mettait plusieurs.

Ayant remarqué que l'application d'un vésicatoire volant pouvait parfaitement faire disparaître la douleur d'un point douloureux, sans agir en aucune manière sur les autres points disséminés sur le trajet du nerf, j'ai pensé qu'il vaudrait mieux employer les *vésicatoires volants multipliés* et placés sur les principaux foyers de douleur, et ce traitement a procuré les succès les plus prompts et les plus complets, même dans des cas où la névralgie était ancienne et s'était montrée rebelle à d'autres traitements. On ne doit pas craindre de trop multiplier les vésicatoires. Partout où un point douloureux existe avec une certaine intensité, il faut en appliquer un. Dans les cas de moyenne intensité, il n'en faut guère que trois, un à la hanche (grand trochanter, ou articulation sacro-iliaque), un à la tête du péroné, et l'autre vers la malléole externe ; quelquefois il en faut quatre, cinq et même six à la fois. L'application de ces vésicatoires nombreux peut produire un léger mouvement fébrile, mais au bout de vingt-quatre ou trente-six heures il n'en reste plus rien. Il est bien rare que dès le lendemain de cette application, le soulagement ne soit pas déjà considérable. La plupart des malades ne se plaignent plus que de la douleur des vésicatoires, tant la douleur nerveuse est devenue supportable. Pour

(1) Voy. *Traité des névralgies*, p. 625 et 626.

que la guérison marche rapidement, il faut attaquer sans tarder les points douloureux nouveaux qui se présentent, renouveler les vésicatoires sur les anciens, ou les placer à côté, si la douleur n'a pas été complétement enlevée. Une tisane adoucissante et le repos complètent ce traitement qui est très facilement supporté par les malades; si les douleurs étaient par trop vives, il faudrait y joindre, comme adjuvants, l'emploi de l'*opium* à l'intérieur, et l'application d'une petite quantité de *morphine* sur les vésicatoires; mais dans la très grande majorité des cas, on n'a pas besoin de recourir à ces moyens.

Cautère actuel. On sait comment les Arabes appliquaient le cautère actuel dans la sciatique. Le plus grand nombre pratiquaient une cautérisation profonde sur le pied, à l'endroit où, par l'exploration, ils avaient trouvé que finissait la douleur occupant le trajet du nerf sciatique. Puis ils entretenaient l'ulcère pendant un temps assez long. Cette manière d'opérer se rapproche beaucoup, comme on le voit, de celle qu'André a adoptée pour le traitement de la *névralgie maxillaire inférieure.* Albucasis agissait autrement; il pratiquait trois, quatre points de cautérisation, et plus si le cas l'exigeait, sur les points désignés par le malade comme les plus douloureux. C'est de cette manière que nous avons recommandé d'appliquer les vésicatoires volants, sauf toutefois qu'au lieu de nous en rapporter au malade, nous conseillons de rechercher les principaux points douloureux à l'aide de la pression convenablement exercée. La différence néanmoins ne doit pas être grande, car, ainsi que nous l'avons vu plus haut, il est rare que les résultats de l'exploration ne coïncident pas avec les renseignements fournis par le malade. Fernel, Riolan et plusieurs autres auteurs avaient adopté l'emploi du cautère actuel, avec des modifications trop peu importantes pour être mentionnées ici.

Dans ces derniers temps, la cautérisation dorsale du pied, à la manière des Arabes, a été faite avec succès par M. Robert (1).

M. le docteur Payan (2) a, de son côté, cité un cas dans lequel ce moyen a guéri une névralgie sciatique très rebelle et traitée jusque-là sans succès par un grand nombre de moyens; la guérison fut obtenue en dix-sept jours.

Enfin, des recherches bibliographiques de M. Robert, il est résulté que déjà Klein (3) avait employé avec succès cette cautérisation dans deux cas.

Il est donc évident que ce moyen a une très grande efficacité; mais il force le malade à l'inaction pendant un temps assez long, inconvénient que n'a pas la cautérisation transcurrente. Ce n'est donc que dans les cas où celle-ci aurait échoué qu'il faudrait y recourir.

Cautérisation transcurrente. M. Jobert (de Lamballe) a appliqué principalement à la névralgie sciatique ce moyen à l'aide duquel il combat toutes les névralgies. Les succès qu'il a obtenus sont très remarquables, et je ne doute pas que la cautérisation transcurrente n'ait une efficacité plus grande encore que celle des vésicatoires volants multipliés. Aussi n'y a-t-il d'autre objection à présenter contre ce moyen, que celui que j'ai indiqué à propos de son application aux névralgies en général, savoir : qu'il est souvent très difficile de le faire adopter par les malades; et comme les vésicatoires volants réussissent ordinairement, on ne doit évidemment

(1) *Revue médicale*, 1847.
(2) *Union médicale*, 1er janvier 1848.
(3) *Journ. de Graef et Walther*, 1824.

proposer le fer rouge que comme moyen extrême. Du reste, on voit qu'il y a une ressemblance assez grande entre la cautérisation transcurrente et celle qu'employait Albucasis, qui laissait seulement intacts les intervalles des douleurs. Je suis convaincu que, de cette manière, on doit également obtenir des succès nombreux et complets.

Tels étaient, lorsqu'a paru la première édition de cet ouvrage, les motifs qui m'empêchaient de donner à ce moyen si puissant la place qui lui est due dans le traitement de cette névralgie, comme de toutes les autres. Aujourd'hui que nous pouvons faire usage du chloroforme, ces motifs n'existent plus, et je regarde la cautérisation transcurrente comme le moyen le plus efficace qu'on puisse mettre en usage. C'est aussi celui que j'emploie de préférence. Quant aux détails de son application, je les ai donnés dans l'article *Névralgie en général.*

Cautérisation de l'hélix. Dans ces derniers temps, on a mis en usage, à Paris, un moyen bien étrange, mais qui a réussi un certain nombre de fois : ce moyen consiste *à toucher avec le fer rouge la partie antérieure de l'hélix.*

Ayant réuni la plupart des faits qui ont été publiés sur ce sujet (1), je suis arrivé à cette conclusion, que cette cautérisation, qui n'agit évidemment que comme moyen perturbateur, est le plus souvent impuissante contre les névralgies anciennes et rebelles, les seules qui demandent un traitement énergique. J'ai constaté aussi que beaucoup de malades traités par ce moyen voient très promptement leurs douleurs reparaître, et j'en ai conclu que la cautérisation de l'hélix, un moment en faveur, à cause de son étrangeté, n'était pas destinée à prendre place dans la thérapeutique. Je ne crois pas qu'on doive se hasarder à employer un moyen aussi singulier quand on est si loin de pouvoir répondre du succès.

Moxa. D'après mes recherches, le moxa doit être rejeté. Il est infiniment plus douloureux que le vésicatoire volant, moins promptement et moins sûrement efficace que le cautère actuel.

Sinapismes. Je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai dit ailleurs de l'emploi des sinapismes. Je vais seulement indiquer le suivant qui était employé par Willis, et auquel on a attribué une efficacité si grande, qu'on l'a nommé *cataplasme ischiadique :*

℞ Farine de moutarde.......	250 gram.	Gingembre...............	15 gram.
Poivre blanc............	15 gram.	Oxymel simple............	Q. s.

Mêlez.

Applications irritantes diverses. On a recommandé les frictions le long du trajet du nerf malade, avec la *pommade d'Autenrieth*, ou bien avec une *solution de tartre stibié dans l'eau*, ainsi qu'il suit (2) :

℞ Tartre stibié.........	0,60 gram.	Eau de fontaine.........	240 gram.

Dissolvez. Pour se frotter matin et soir.

Cette médication rentre dans le traitement par irritation externe dont les vésicatoires et le cautère actuel sont les agents les plus actifs.

(1) *De la cautérisation de l'hélix, comme moyen de traitement de la sciatique* (*Union méd.*, novembre 1850).
(2) *Horn's Arch.*, 1813.

On a encore proposé les frictions avec l'*huile de croton tiglium*, avec un *liniment ammoniacal*, avec un mélange d'*essence de térébenthine* et de *tartre stibié* [Delfraysse (1)]; en un mot avec tout ce qui peut produire une éruption ou rubéfier fortement la peau, et nul doute que, par ces moyens, on n'ait réussi à faire disparaître des névralgies peu intenses, car ce sont des remèdes qui agissent dans le même sens que ceux auxquels nous avons reconnu la plus grande efficacité; seulement ils sont moins actifs : aussi cette indication générale est-elle suffisante.

Chaleur. On peut, je crois, rapprocher des moyens précédents l'emploi de la chaleur à un degré élevé. On a cité des faits dans lesquels l'exposition du membre à une distance assez rapprochée d'un feu vif pour que la sensation de chaleur fût difficile à supporter, a dissipé les douleurs; d'autres dans lesquels l'application d'un corps très chaud a eu le même résultat. Tout le monde connaît le moyen vulgaire qui consiste à appliquer sur la partie malade un pain sortant du four. Mais peu importe la manière dont la chaleur est appliquée, pourvu qu'elle soit très élevée.

Froid; hydrothérapie; bains de mer. Quelques médecins, au contraire, conseillent de recourir à l'application de corps froids, et l'on a également cité quelques succès par ce moyen. Les principaux sont ceux qu'on trouve dans les ouvrages sur l'*hydrothérapie.* Il est vrai que ce moyen de traitement n'agit pas seulement par l'application du froid, il s'en faut de beaucoup; les phénomènes de réaction, le régime, l'exercice, ont dû avoir nécessairement une grande influence dans cette médication.

Mais ce n'est pas ici le lieu de s'occuper de la manière d'agir du traitement; nous devons seulement constater les faits. Or, après en avoir pris connaissance, on reconnaît qu'ils ne sont ni assez nombreux, ni assez concluants pour autoriser le médecin à employer l'hydrothérapie d'une manière générale contre les névralgies. Rien ne prouve surtout que ce moyen ait une efficacité égale à celle des vésications et de la cautérisation transcurrente. Sans doute on citera quelques cas exceptionnels où l'hydrothérapie aura triomphé de névralgies très rebelles; mais, ainsi que j'ai eu maintes fois occasion de le faire remarquer, c'est ce qui est arrivé pour tous les médicaments, et ce n'est pas de cette manière qu'on doit établir l'efficacité d'un agent thérapeutique. Les *bains de mer*, recommandés par Landenberg, agissent principalement, comme tout le monde le reconnaît, par la soustraction brusque du calorique, et par la réaction qui la suit; à ce titre, ils doivent être rapprochés de l'hydrothérapie, et les mêmes réflexions s'appliquent à leur emploi.

Électricité; acupuncture. Ce serait tomber dans des redites inutiles que d'insister ici sur l'emploi de ces moyens. Ce que j'en ai dit à propos des névralgies en général s'applique parfaitement à la névralgie sciatique.

Incisions sous-cutanées. M. le docteur Ribieri (2) a obtenu la guérison complète d'une névralgie sciatique très rebelle en pratiquant deux *incisions sous-cutanées*, l'une à 5 lignes, l'autre à 3 lignes de la tête du péroné, et en promenant la lame étroite du bistouri de manière à raser le périoste; il ne resta plus que quelques légères douleurs au-dessus de ce point. Deux nouvelles incisions pratiquées dans cet endroit les firent disparaître.

Narcotiques à l'extérieur; méthode endermique. La pommade, les liniments

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er juillet 1852.
(2) *Journ. des sciences méd. de Turin*, et *Journ. des conn. méd.*, mars 1847.

opiacés, ont été mis en usage dans cette névralgie comme dans les autres; mais on a eu principalement recours à l'application de la *belladone*. Le docteur Todd (1) recommande les frictions suivantes :

♃ Extrait de belladone...... 8 gram. | Eau.................... 30 gram.

Dissolvez. Pour frictions matin et soir.

On peut avoir également recours à l'*aconit*, incorporé dans le cérat, dissous dans l'eau, etc. Je n'insiste pas sur ces moyens qui doivent être rangés parmi les simples adjuvants.

Les faits de guérison à l'aide des *sels de morphine* employés selon la *méthode endermique* sont assurément très nombreux ; mais j'ai dit, en parlant des névralgies en général, quelle est la part qu'il faut accorder dans ce traitement à l'absorption du sel narcotique.

Mercuriaux à l'extérieur. Les auteurs ont généralement admis l'existence de névralgies sciatiques dues au virus syphilitique ; mais ce sont surtout certains syphiliographes qui ont insisté sur ce point. Cirillo, entre autres, dit avoir guéri un grand nombre de sciatiques de cette nature, à l'aide de frictions avec la pommade suivante :

♃ Deutochlorure de mercure.. 4 gram. | Axonge................. 30 gram.

Mêlez et triturez dans un mortier de verre, pendant douze heures, pour faire un onguent, Frictions une fois par jour, sous la plante des pieds.

D'autres auteurs ont prescrit les frictions avec l'*onguent mercuriel* jusqu'à production de la salivation ; mais cette pratique est aujourd'hui abandonnée.

Sanchez faisait usage de la préparation suivante, dans les cas dont nous nous occupons ici :

Pommade de Sanchez.

♃ Mercure............. 120 gram. | Miel de Narbonne......... 15 gram.

Après l'extinction du métal, ajoutez :

Camphre en poudre........ 13 gram. | Beurre de cacao.......... 240 gram.

Triturez pendant soixante-dix heures.

Pour pratiquer les frictions, on se déshabille devant un feu clair, on prend de 8 à 15 grammes de cette pommade, on la fait fondre à la chaleur, et l'on se frictionne pendant huit à dix minutes, d'abord sur les parties douloureuses, puis à la partie interne de la cuisse correspondante, puis sur l'autre cuisse, et l'on recommence ensuite.

J'ai vu ce moyen réussir parfaitement dans un cas où les vésicatoires volants multipliés et l'application de la morphine par la méthode endermique n'avaient produit qu'une amélioration incomplète, et d'un autre côté plusieurs autres cas de ce genre ont été rapportés par les auteurs; on est donc porté nécessairement à attacher une importance assez grande aux affections syphilitiques antérieures. Je ne peux cependant m'empêcher de faire remarquer que ces frictions prolongées avec des substances plus ou moins irritantes, et cette exposition du membre à un

(1) *Trans. of the surg. apoth.*, vol. I.

feu vif peuvent très bien, par elles-mêmes, produire la guérison sans qu'il soit nécessaire d'invoquer l'action du mercure sur toute l'économie, ce qui rapprocherait ce moyen de ceux que nous avons indiqués plus haut.

Moyens divers. Je me contenterai, pour terminer ce qui a rapport à la médication externe dans la névralgie sciatique, de présenter l'énumération suivante de moyens divers dont nous ne pouvons pas apprécier suffisamment l'efficacité, parce que les faits nous manquent : on a conseillé les *bains de vapeur*, les *eaux thermales sulfureuses*, les *fumigations sulfureuses*, l'*urtication*, des *emplâtres diaphorétiques savonneux*, l'application de la *laine* sur la peau, en un mot divers moyens qui excitent, soit seulement la partie malade, soit la surface du corps tout entière.

Enfin on a recommandé la *section transversale du nerf* sur la face dorsale de la seconde phalange, dans les cas de névralgie des doigts du pied ; mais ces cas sont tellement rares que l'occasion de pratiquer une semblable opération ne doit se présenter qu'à de bien grands intervalles. Pour ma part, je n'ai jamais observé de névralgies assez bien bornées aux doigts du pied pour que cette section des nerfs puisse avoir quelque succès. Remarquons d'ailleurs que l'opération peut bien agir par la simple division des parties douloureuses ; car, ainsi que je l'ai dit plus haut des *sections sous-cutanées* n'intéressant pas le nerf, et pratiquées sur le point douloureux, ont guéri une sciatique rebelle.

Médication interne. De tous les médicaments qui ont été employés à l'intérieur, il n'en est aucun qui ait joui d'une aussi grande réputation que l'*huile essentielle de térébenthine.* Galien n'employait ce médicament qu'en frictions à l'extérieur; Cheyne et F. Home l'ont administré à l'intérieur en Angleterre; et Récamier et M. Martinet (1) en France, en ont fait usage contre toutes les névralgies, mais plus particulièrement contre celle dont nous nous occupons ici ; j'ai donné ailleurs une analyse détaillée du travail de M. Martinet, et voici à quelles conclusions je suis arrivé :

« Quelle est, ai-je dit (2), l'efficacité réelle de l'huile essentielle de térébenthine ? Il est fort difficile de répondre positivement à cette question ; tout ce qu'il est permis de dire, c'est que, d'après les faits dont je viens de présenter l'analyse, ce médicament a été trop vanté par les uns et trop déprécié par les autres. Si nous ne pouvons pas, avec les observations de M. Martinet, nous faire une idée exacte de la proportion des guérisons et des insuccès, du moins nous y trouvons un nombre de cas assez considérable dans lesquels la térébenthine a eu les plus heureux effets. car fréquemment la guérison complète est survenue au bout de six à dix jours, et quelquefois moins, chez des sujets affectés depuis plusieurs mois d'une sciatique pour laquelle on avait mis en usage les moyens les plus variés. Tous les faits négatifs ne peuvent rien contre ces faits positifs, et lorsque l'on voit, dans plus de trente cas, une maladie longue, opiniâtre, très douloureuse, disparaître sans qu'il y ait rien de changé que la médication, on ne peut s'empêcher de rapporter la guérison à celle-ci. L'usage de la térébenthine ne saurait donc être abandonné, et c'est pourquoi je vais, d'après le mémoire de M. Martinet, faire connaître les diverses formes sous lesquelles elle est le plus ordinairement administrée, les doses auxquelles on peut la porter, et les accidents qu'elle peut occasionner.

(1) *Du traitement de la sciatique*, etc. Paris, 1829, 2e édit.
(2) *Traité des névralgies*, p. 636.

Une des préparations le plus souvent employées par M. Martinet est la suivante :

Looch térébenthiné.

℞ Jaune d'œuf............	nº 1.	Sirop de menthe........	āā 64 gram.
Essence de térébenthine...	12 gram.	de fleurs d'oranger..	

F. s. a. un looch. Dose : trois cuillerées par jour.

M. Martinet ajoute qu'il faut quelquefois mêler à ce looch de 2 à 4 grammes de *laudanum*, pour prévenir les vomissements.

Le mélange suivant est exclusivement prescrit par M. Récamier :

℞ Huile de térébenthine....	8 gram.	Miel rosat..............	128 gram.

A prendre par cuillerées, de deux à six fois par jour.

Pour éviter l'action du médicament sur la muqueuse gastro-intestinale, M. Martinet a eu l'idée de donner un opiat térébenthiné dont voici la formule :

Opiat térébenthiné.

℞ Huile de térébenthine......	8 gram.	Sucre pulvérisé...........	16 gram.
Gomme arabique en poudre.	48 gram.	Sirop de fleurs d'oranger....	32 gram.

F. s. a. un opiat. Dose : un tiers par jour, en trois fois, et entre deux pains à chanter.

Il ne ressort pas positivement des faits cités par l'auteur qu'il ait atteint par l'emploi de cet opiat le but qu'il se proposait, qui est d'éviter les troubles du tube digestif.

La saveur et surtout l'odeur de la térébenthine excitent quelquefois chez les malades un dégoût invincible ; pour remédier à cet inconvénient, M. Martinet a fait faire la préparation suivante :

℞ Huile de térébenthine......	4 gram.	Huile de menthe.........	8 gouttes.
Magnésie calcinée.........	3 gram.		

F. s. a. un opiat, et conservez dans un pot d'étain. A prendre dans du pain à chanter, trois fois par jour, par bols de la grosseur d'une noisette.

Cette préparation est, en effet, celle qui occasionne le moins d'inconvénients. Dans un cas où l'opiat n'avait pas pu être supporté, j'ordonnai des pilules composées de térébenthine et de magnésie calcinée, qui produisirent une amélioration notable, sans qu'il en résultât aucun trouble du côté des voies gastriques. M. Martinet emploie aussi la térébenthine *à l'extérieur ;* il propose, en effet, les frictions suivantes :

Liniment térébenthiné.

℞ Huile de camomille........	64 gram.	Laudanum de Sydenham.....	4 gram.
Essence de térébenthine....	32 gram.		

Pour frictions matin et soir.

Je n'ai pas indiqué ce moyen en parlant de la médication externe, quoique d'autres auteurs aient également recommandé les frictions avec l'huile de térébenthine, parce qu'il est évident, ainsi qu'on peut s'en assurer en lisant les observations de M. Martinet, qu'il ne peut être considéré que comme un adjuvant du trai-

tement par l'huile de térébenthine à l'intérieur, et c'est pourquoi il m'a paru suffisant de l'indiquer ici.

Narcotiques à l'intérieur. Bien qu'un grand nombre d'auteurs aient vanté les narcotiques à l'intérieur dans la névralgie sciatique, je ne fais que les mentionner, attendu que ce que j'ai dit de ces médicaments, à propos des autres névralgies, s'applique parfaitement à celle dont il s'agit ici, soit qu'on mette en usage l'opium, l'aconit, la belladone, soit qu'on emploie toute autre substance ayant des propriétés analogues.

Mercuriaux à l'intérieur. Les mercuriaux à l'intérieur ont été administrés, tantôt en même temps que les frictions mercurielles indiquées plus haut, et tantôt seuls. Or on a cité des cas de guérison par cette administration exclusive des mercuriaux à l'intérieur. C'est donc un moyen que le praticien ne doit pas ignorer. Rien ne prouve, du reste, que telle préparation ait plus d'efficacité que telle autre, car les auteurs ne les ont pas étudiées comparativement. Le docteur Most propose la poudre suivante :

℞ Deutoxyde de mercure...	0,05 gram.	Gomme arabique...........	5 gram.
Sucre blanc...........	15 gram.		

Faites une poudre. Divisez en seize paquets. Dose : un matin et soir.

D'autres recommandent le *calomel*, le *deuto-chlorure de mercure*, etc., etc. M. le docteur Devoisin (1) préconise l'*iodure de potassium* qu'il donne graduellement jusqu'à 4 grammes en commençant par 0,50 centigrammes. Il cite des observations où cette médication a été suivie de succès.

Antispasmodiques. On a encore prescrit le *camphre*, l'*assa fœtida*, l'*éther*, etc.; mais je n'ai trouvé nulle part aucun fait qui démontre que ces substances soient autre chose que de simples adjuvants, dans certains cas.

Sulfate de quinine. J'ai dit plus haut que la névralgie sciatique se montre rarement avec le type intermittent périodique, et que, dans les cas dont j'ai connaissance, où elle a présenté quelque chose de semblable, le sulfate de quinine a échoué. Je n'ai rien à ajouter ici à cette indication. Peut-être d'autres faits viendront-ils plus tard modifier les conclusions que nous en devons tirer quant à présent.

Moyens divers. Après les détails dans lesquels je suis entré, dans les articles consacrés à la *névralgie en général* et à la *névralgie trifaciale*, il me suffit d'indiquer sommairement les moyens suivants, dont l'efficacité, dans la majorité des cas du moins, n'est pas démontrée par une expérience suffisante.

Le docteur Knod recommande l'*hydrochlorate de potasse*, qu'il administre ainsi qu'il suit :

℞ Hydrochlorate de potasse...	6 gram.	Eau distillée...........	120 gram.

Mêlez. Dose : une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

La formule suivante appartient à Jahn :

℞ Crème de tartre...........	15 gram.	Sucre blanc............	8 gram.
Soufre précipité...........	8 gram.	Herbe d'aconit..........	0,40 gram.

Mêlez. Faites une poudre. Dose : une petite cuillerée à thé toutes les deux heures.

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er juin 1852.

Cette formule est employée principalement dans les cas où il y a constipation, ce qui doit nous rappeler que, suivant quelques médecins, il suffit de procurer la liberté du ventre pour guérir un bon nombre de névralgies sciatiques, et de là l'usage des *purgatifs* dans cette affection. Il n'est pas douteux que la liberté du ventre ne doive être soigneusement entretenue chez des malades qui gardent constamment le lit, et auxquels on donne très fréquemment des préparations opiacées; mais je n'ai jamais vu que les purgatifs aient amélioré la maladie au point de faire espérer une guérison solide; il est vrai que j'ai toujours éliminé les cas où la guérison devait se produire spontanément, ce que n'ont généralement pas fait les auteurs qui ont écrit sur le sujet dont nous nous occupons.

Je dois me borner également à mentionner le *gaïac*, le *vin antimonié* d'Huxham, le *rhododendron chrysanthemum*, l'*extrait de narcisse*, la *compression*, etc., parce que les documents que nous possédons sur ces moyens sont tout à fait insuffisants.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA NÉVRALGIE SCIATIQUE.

Pendant le *traitement par les vésicatoires*, les malades doivent garder un repos absolu au lit.

Ils doivent être chaudement couverts, et dans un appartement bien sec.

La liberté du ventre doit être entretenue par de légers laxatifs.

Enfin il faut leur permettre un *régime* varié et assez abondant, à moins qu'il n'y ait quelque complication. Les condiments trop excitants, et les liqueurs fortes, ainsi que le vin pur, doivent être seuls proscrits.

Dans le *traitement par la cautérisation transcurrente*, presque toutes ces précautions peuvent être négligées.

Résumé. Il résulte, de ce qui précède, que les seuls médicaments qu'on puisse regarder comme ayant une efficacité générale, sont : 1° ceux que nous avons indiqués en parlant des névralgies en général (*vésicatoires*, *cautérisation*), et 2° l'*huile essentielle de térébenthine*. Il y a néanmoins des restrictions à apporter à l'approbation de ce dernier moyen. Il est désagréable, difficilement supporté par beaucoup de malades, quelques précautions qu'on prenne, et ce qui est bien plus grave encore, il a une efficacité moindre que les moyens précédents. Quant aux autres médicaments mentionnés plus haut, ils ont pu avoir quelques avantages dans certains cas, mais cela ne suffit pas pour qu'on soit autorisé à en faire la base du traitement, qui, en définitive, ne diffère que dans un petit nombre de cas du traitement général des névralgies, tel que nous l'avons adopté.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Médication externe :* Émissions sanguines; vésicatoires à demeure, volants; cautère actuel, cautérisation transcurrente; moxa; sinapismes; applications irritantes diverses; chaleur; froid; hydrothérapie; bains de mer; électricité; acupuncture; narcotiques à l'extérieur; mercuriaux à l'extérieur; section transversale des filets nerveux sur les orteils.

2° *Médication interne :* Huile essentielle de térébenthine; narcotiques à l'inté-

rieur; mercuriaux à l'intérieur; iodure de potassium; antispasmodiques; sulfate de quinine; moyens divers.

ARTICLE XI.

NÉVRALGIES MULTIPLE ET ERRATIQUE.

Je ne saurais entrer dans de grands détails sur ces deux formes de la névralgie, dans lesquelles la manière d'être de la maladie n'est nullement changée, et qui n'exigent, relativement au traitement, que quelques modifications d'une médiocre importance. Quelques mots me paraissent néanmoins nécessaires, car il faut que le praticien sache jusqu'à quel point l'affection peut s'étendre, et comment, dans certains cas, elle peut occuper tantôt un point, tantôt un autre.

1° *Névralgie multiple.* Il n'est pas un seul des articles précédents où je n'aie eu à faire remarquer que, outre l'affection dont je donnais la description, il existait souvent, chez le même sujet, d'autres névralgies occupant un siége plus ou moins éloigné de la maladie principale. Ce sont là des névralgies multiples; mais ces névralgies sont assez différentes, suivant les cas. C'est ainsi qu'on voit, chez un sujet affecté de *névralgie sciatique*, par exemple, une douleur *cervico-occipitale* se montrer d'une manière, soit permanente, soit passagère, sans que l'examen le plus attentif puisse faire découvrir la moindre souffrance dans les nerfs situés entre des parties si éloignées; tandis que, chez un autre, on verra la douleur se propager évidemment, d'une part, au nerf crural, et de l'autre, aux nerfs lombaires. Dans le premier cas, on ne peut attribuer la production de ces névralgies, si éloignées l'une de l'autre, qu'à une cause générale, tandis que, dans le second, on peut admettre, outre cette cause, une propagation du mal par voie de contiguïté. Cette propagation est si fréquente, qu'on ne regardera pas assurément ce que je viens de dire comme une simple spéculation de l'esprit. Pour quiconque examinera attentivement les malades soumis à son observation, il ne sera pas douteux que la névralgie a une grande tendance à se propager de proche en proche. La névralgie trifaciale a de la tendance à se porter vers le nerf occipital, et la névralgie occipitale à envahir le nerf trifacial. On sait avec quelle facilité la névralgie cervico-faciale envahit les nerfs thoraciques, et il n'est pas rare, ainsi que je le disais tout à l'heure, de voir la névralgie sciatique atteindre le plexus lombaire, et réciproquement.

Cette tendance à gagner ainsi les nerfs voisins est quelquefois telle, que, en peu de temps, on voit tout un côté du corps atteint de névralgie. J'en ai observé plusieurs cas remarquables. L'un d'eux a été cité dans mon *Traité des névralgies*; un autre a passé sous mes yeux il y a deux ans, et il offrait, en outre, cette particularité curieuse, que la névralgie, étendue peu à peu et de proche en proche à tout un côté du corps, avait été causée par une contusion d'un point très limité du nerf trifacial, et était bornée primitivement à une très petite étendue de ce nerf.

Dans un cas également curieux et cité par M. de Sainte-Marie (1), la névralgie, chassée pour ainsi dire par des cautérisations successives, quitta après chaque application du cautère la région thoracique où elle avait commencé, pour se porter

(1) *Journ. de méd. de Bordeaux* et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er juillet 1851.

vers l'aine gauche, l'hypochondre, puis la cuisse, le genou, la jambe, la plante du pied : chaque fois la cautérisation la fit disparaître.

Il faut ordinairement un temps assez long pour que la névralgie, primitivement limitée à un seul nerf, en envahisse plusieurs. Ce n'est donc que dans les cas où le mal est négligé qu'on a à craindre cette propagation. Aussi voyons-nous la névralgie intercostale, qui, malgré les travaux publiés dans ces dernières années, n'est pas suffisamment connue de tous les médecins, s'étendre assez fréquemment à une grande étendue du tronc.

2° *Névralgie erratique.* Il est rare de voir une névralgie disparaître brusquement et être immédiatement remplacée par une autre. Je n'ai pu citer, dans mon ouvrage, qu'un exemple de cette métastase névralgique, s'il est permis de s'exprimer ainsi. Il m'avait été communiqué par M. Grisolle, et était relatif à un jeune homme qui avait vu tout à coup une douleur nerveuse de la tête être remplacée par une gastralgie. Depuis, j'ai vu, dans un cas, une névralgie intercostale accompagnée de gastralgie, être brusquement remplacée par une névralgie trifaciale. Les cas de ce genre sont, comme on le voit, fort rares. Mais voici ce que l'on observe plus fréquemment :

Chez un certain nombre de sujets, une névralgie, après avoir duré quelques jours, disparaît; puis, au bout d'un temps peu considérable, il s'en montre une autre dans un autre point; puis la première reparaît, ou l'on en voit survenir une autre ayant un siége différent des premières, et toujours après un intervalle peu considérable. C'est ce que l'on observe surtout dans le cours des traitements d'une efficacité incontestable, les vésicatoires volants, par exemple. Il semble alors que la douleur, due à une cause générale, après avoir été expulsée du nerf où elle s'était établie, se réfugie dans un autre, puis dans un autre, à mesure qu'elle est attaquée. Une remarque générale, que j'ai faite à propos de ces cas, c'est que ces douleurs nerveuses n'ont presque jamais, et peut-être même jamais, la même intensité que ces névralgies à siége bien déterminé, dont nous avons parlé jusqu'à présent.

Traitement. La *névralgie multiple* ne présente rien de particulier relativement au traitement. Il faut seulement multiplier les applications topiques, à cause du plus grand nombre de points douloureux. Quant à la *névralgie erratique*, il faut savoir qu'elle est ordinairement très rebelle, parce qu'elle fuit, en quelque sorte, devant les moyens thérapeutiques les plus efficaces. On est habituellement forcé de recourir aux remèdes pris *à l'intérieur*, et qui ont une action générale ; mais bien souvent la maladie résiste à tout.

ARTICLE XII.

NÉVRALGIE GÉNÉRALE.

L'affection dont il va être question dans cet article ne m'est connue que depuis un petit nombre d'années ; ce n'est, en effet, qu'au commencement de l'année 1847 que j'ai pu en observer avec attention le premier fait bien évident. Depuis cette époque j'en ai eu sous les yeux un certain nombre d'autres qui feront la base

de cet article. La plupart d'entre eux ont été publiés dans deux mémoires que j'ai fait paraître en 1847 (1) et 1848 (2). Depuis lors M. le docteur Leclerc, de l'île Bourbon, a publié une très bonne thèse sur ce sujet.

La névralgie générale m'a tout d'abord paru distincte de la *névralgie multiple* ou névralgie plus ou moins *généralisée*, par un ensemble de phénomènes nerveux très remarquables, de telle sorte que l'affection, loin d'être localisée dans les nerfs, occupe tout l'ensemble du système nerveux. Ces phénomènes ont une très grande importance et méritent d'être bien connus du praticien; car, sans aucun doute, ils ont fait prendre bien des fois pour une maladie très grave, et même incurable, une affection dont le traitement est des plus simples et en même temps des plus sûrs. A ce titre, l'histoire rapide que je vais donner de cette névralgie générale aura, sans doute, un grand intérêt pour les médecins.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Je donne le nom de *névralgie générale* à une affection caractérisée par de nombreux points douloureux à la pression sur la surface du corps, par les autres phénomènes de la névralgie le long de plusieurs nerfs, et par des symptômes cérébraux tels que les étourdissements, les vertiges, le tremblement, l'abattement des forces.

La fréquence de cette maladie n'est pas grande. Depuis cinq ans que mon attention est éveillée sur elle, je n'en ai observé qu'une quinzaine de cas. Il n'est pas douteux cependant que, quand on la connaîtra bien, les exemples se multiplieront; car, je le répète, c'est une maladie qu'on a nécessairement confondue avec des affections cérébrales graves et dont les cas ont passé et passent encore tous les jours inaperçus.

§ II. — Causes.

Le petit nombre de faits que j'ai observés ne me permet pas de faire une exposition détaillée de l'étiologie de la névralgie générale. Voici ce qui ressort de ces faits :

Je n'ai encore vu la maladie que *chez des hommes adultes;* mais dans 12 cas observés par M. Leclerc (3), 4 eurent lieu chez des femmes, et récemment je l'ai notée moi-même chez une femme. Presque tous avaient une *mauvaise hygiène*, se nourrissant mal et ne prenant aucune précaution contre les intempéries de l'air.

Huit fois sur les 12 cas recueillis par M. Leclerc (4), les malades habitaient des logements bas, humides, mal aérés.

Il n'en est que deux sur sept qui eussent l'*habitude de boire de l'eau-de-vie*, principalement le matin à jeun, et encore n'en faisaient-ils pas un véritable abus. Ce fait mérite d'être noté à cause de la ressemblance assez grande qui existe entre la névralgie générale et le *delirium tremens*.

Telles sont les données bien incomplètes que nous avons sur les causes de cette affection.

(1) *Union médicale*, 22 mai 1847 : *Considérations sur un cas de névralgie occupant presque tous les nerfs du corps*.
(2) *Bull. gén. de thér.*, janvier 1848 : *De la névralgie générale*, etc.
(3) Thèse, Paris, 1852.
(4) *Loc. cit.*

§ III. — Symptômes.

Le *début* de la névralgie générale a toujours été lent et graduel. Un peu de malaise allant toujours en augmentant, des douleurs vagues, de la tristesse et le brisement des forces, tels sont les symptômes qui l'ont marqué dans tous les cas.

Lorsque les malades se sont présentés à mon observation, ils offraient les *symptômes* suivants :

La *douleur* est de nature essentiellement névralgique. Elle occupe, en effet, des *points limités* et plus ou moins éloignés les uns des autres. Ces points sont *sensibles à la pression*. Ils sont parfois le siége d'*élancements* plus ou moins vifs et plus ou moins étendus, et ils se trouvent précisément là où l'on rencontre les points douloureux à la pression dans les névralgies ordinaires. Ainsi on les trouve disséminés *le long de la colonne vertébrale*, dans différentes parties des *espaces intercostaux*, le long de la *crête iliaque*, à l'*épigastre*, à l'*hypogastre*, comme dans les névralgies cervicale, dorsale, lombaire ; le long du trajet des *nerfs trifacial*, *occipital*, *cubital*, *radial*, *sciatique*, etc. Comme dans les autres névralgies, c'est *aux points d'émergence, dans ceux où les nerfs deviennent superficiels, dans ceux où ils viennent se terminer dans la peau*, que la douleur se manifeste. En un mot, il y a identité parfaite, de telle sorte que, quand même on ne voudrait pas admettre que la maladie tout entière consiste dans une névralgie, il faudrait au moins reconnaître que, quelle que soit l'affection à l'existence de laquelle on s'arrêterait, il y a complication, et il existe des symptômes de névralgie qu'il est impossible de nier.

Il n'y a presque pas de point du corps où puisse se manifester une douleur névralgique qui ne fût douloureux chez un des sujets dont j'ai recueilli l'histoire (1), et chez les autres sujets le nombre des points douloureux était très considérable.

Comme dans toutes les névralgies, *la vivacité de ces douleurs varie beaucoup d'un jour à l'autre*, et parfois dans la même journée ; aussi, comme je l'ai déjà fait remarquer, ne faut-il pas se hâter de conclure d'un premier examen que les points douloureux n'existent pas, ou n'existent qu'en partie ; il faut revenir sur cet examen, car souvent, après s'être plaints seulement d'une douleur vague générale, les malades accusent plus tard une douleur bien caractérisée, et les foyers douloureux deviennent évidents.

Il arrive aussi, chez quelques sujets, qu'on observe, dans certains points du corps, une *insensibilité* plus ou moins complète *de la peau*. Ce fait ne surprendra pas ceux qui connaissent bien l'histoire des névralgies ; car il a été noté dans d'autres cas de névralgie isolée bien évidente. J'en citerai, entre autres, un qui a été observé dans mon service, à l'Hôtel-Dieu annexe, et qui a été publié par M. Notta (2).

Ainsi, la douleur qui existe chez ces malades, et qui se développe, soit spontanément, soit sous l'influence de la pression, est bien évidemment de nature névralgique.

(1) *Union médicale*, loc. cit.

(2) *Mémoire sur le traitement des névralgies par la cautérisation transcurrente* (*Union médicale*, 1847).

Un second symptôme, qu'il importe beaucoup de signaler, est l'*affaiblissement des membres*. Je l'ai constaté chez tous les malades, et parfois j'ai vu qu'il était plus marqué d'un côté que de l'autre. C'est surtout dans les membres supérieurs qu'on le remarque : si l'on dit au malade de vous serrer la main, on voit que ce serrement n'est nullement en rapport avec la force que fait supposer le développement des muscles, et l'augmentation très considérable d'énergie, après la guérison, vient prouver que cette faiblesse des membres supérieurs était bien réelle.

La faiblesse des membres inférieurs est moins notable ; cependant, quand on fait marcher les malades, on voit qu'ils le font lentement, et l'existence des étourdissements et des vertiges dont je parlerai tout à l'heure ne rend pas seule compte de cette lenteur de la démarche. Chez un malade, j'ai noté, en outre, une roideur évidente des membres supérieurs.

Tous ont présenté, à un degré plus ou moins élevé, un *tremblement des membres supérieurs*, que l'on constate comme il suit : Si, après avoir fait asseoir ou lever les malades, on leur fait étendre les bras, les doigts étant écartés les uns des autres, on voit d'abord ceux-ci, puis les poignets, agités de mouvements rapides et courts, qui augmentent d'étendue et de rapidité, quand on laisse les malades pendant un certain temps dans cette position. J'ai remarqué que le degré de ce tremblement était en rapport direct avec celui des étourdissements et de la faiblesse musculaire. Aussi était-il surtout remarquable chez le premier sujet qui s'est offert à mon observation (1).

J'ai, dans tous les cas, examiné avec soin la *sensibilité cutanée*, et je ne l'ai trouvée obtuse que chez un seul sujet. Ce symptôme ne doit donc être regardé que comme accidentel ; et c'est ainsi, du reste, qu'il se montre dans les névralgies de quelque espèce qu'elles soient.

Des *éblouissements*, des *étourdissements*, qui se manifestent surtout lorsque le malade veut marcher, ont été notés chez tous les sujets, moins un dont la maladie n'était pas aussi avancée. Ces phénomènes méritent toute notre attention ; car ce sont peut-être ceux qui peuvent le plus facilement induire en erreur, et faire croire à l'existence d'une maladie cérébrale. Quelquefois ils sont portés à un tel degré, que le malade est, à chaque instant, près de tomber à droite, à gauche ou en arrière ; qu'il marche comme un homme ivre ; qu'il est obligé de se tenir aux colonnes du lit, à la muraille. Ces symptômes sont ceux dont les malades se plaignent le plus, et il est, par conséquent, facile de comprendre comment ils peuvent attirer exclusivement l'attention du médecin.

Il paraîtra peut-être surprenant à un grand nombre de lecteurs que je regarde les étourdissements comme un symptôme de la névralgie. Mais qu'ils veuillent bien se rappeler que, dans les névralgies trifaciale et occipitale, ces étourdissements se montrent assez souvent, si ce n'est d'une manière constante, du moins pendant les violents paroxysmes ; qu'il y a alors des battements des artères, la rougeur, la chaleur de la face, le larmoiement, l'écoulement nasal, la salivation, et ils comprendront comment un simple état douloureux des nerfs peut causer, d'une manière plus ou moins marquée, des troubles de l'innervation, qui eux-mêmes produisent des troubles de la circulation et des sécrétions. Il n'y a donc là rien d'extraordi-

(1) *Union médicale*, loc. cit.

naire, rien qui ne puisse naturellement se rapporter à un état purement névralgique.

Au reste, l'existence de ces symptômes ne pourrait, en aucun cas, suffire pour prouver qu'il ne s'agit pas d'une névralgie ; car, bien qu'on les observe ordinairement, ils peuvent manquer, sans que, pour cela, la maladie cesse d'être parfaitement caractérisée. C'est ce qui est démontré par une des observations que j'ai recueillies, et dans laquelle tous les autres symptômes de la névralgie générale parfaitement caractérisée disparurent promptement sous l'influence de la cautérisation transcurrente.

L'*intelligence* ne présente pas de troubles très considérables, cependant on y remarque un peu d'affaiblissement, caractérisé par un certain air d'hébétude et par la lenteur des réponses. Les malades sont tristes, découragés, ce qui est dû, sans aucun doute, à la persistance des douleurs, au malaise général et à l'impossibilité de travailler qui en résulte. La *face* présente tour à tour des signes d'accablement et d'anxiété, suivant que les douleurs sont plus ou moins vives.

Du côté des *voies digestives* on n'observe rien de remarquable. La *langue* était un peu tremblante chez un sujet. L'*appétit* était, en général, conservé à un assez haut degré ; il n'y avait pas de *soif* vive, à moins qu'il ne survînt une maladie incidente, et le *ventre* était à l'état normal.

La *respiration* et la *circulation* sont naturelles. Dans un cas le *pouls* était un peu lent. La *peau* est fraîche ; en un mot, il n'y a *pas la moindre trace de fièvre.*

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Des faits qui ont été soumis à mon observation, il résulte que la *marche* de la maladie est *chronique* et généralement progressive. Le début, ainsi que nous l'avons vu plus haut, est lent et graduel ; puis, au bout d'un temps très variable et qui est ordinairement de deux ou trois mois, les symptômes restent stationnaires ou ne s'aggravent qu'avec plus de lenteur.

La *durée* de cette maladie est indéterminée, et dans presque tous les cas il n'y a aucune tendance à une terminaison favorable. Cependant j'ai vu en 1850, à l'hôpital Sainte-Marguerite, un malade qui présentait à un assez haut degré tous les symptômes de la névralgie générale, et qui, sans aucun traitement actif, par la seule influence du repos et d'une bonne hygiène, a parfaitement guéri de son affection. Ce cas rapproche encore la névralgie générale de la névralgie bornée à un ou plusieurs nerfs ; car l'expérience prouve que dans cette dernière la guérison spontanée se montre assez fréquemment ; mais cette guérison paraît beaucoup plus rare dans la névralgie générale, car chez tous les autres sujets dont j'ai analysé les observations, un temps assez long s'étant écoulé entre l'admission des malades et le traitement actif, je me suis assuré que le mal restait stationnaire. D'un autre côté, j'ai vu un sujet âgé de plus de soixante ans, qui depuis plusieurs années était affecté de cette maladie, et qui, malgré de fréquents séjours dans les hôpitaux, où les soins hygiéniques lui avaient été donnés, n'avait vu survenir aucune amélioration dans ses symptômes. Ce malade ne voulut pas se soumettre à la cautérisation transcurrente.

Ainsi, je le répète, la névralgie générale n'a, sauf dans quelques cas exceptionnels, aucune tendance à la guérison spontanée.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. Le diagnostic présente quelques difficultés ; car, ainsi que je l'ai dit plus haut, on peut croire qu'on a affaire à une affection cérébrale chronique, et de plus il ne paraît pas très facile de distinguer la maladie du *delirium tremens.*

Les *affections cérébrales qui intéressent profondément la substance du cerveau* se distinguent de celle qui nous occupe par les symptômes observés du côté de la tête et par la paralysie bornée à une certaine partie du corps. Ainsi le *ramollissement* présente une douleur fixe dans le côté de la tête qu'il occupe, et la paralysie, ainsi que la contracture des membres, du côté opposé. Des symptômes semblables s'observent dans les cas de *tumeur* et d'*abcès du cerveau.* Il faut joindre en outre à ces phénomènes des altérations souvent considérables de l'intelligence et des convulsions. En ayant égard à ces différences, on évitera facilement l'erreur.

Dans la *paralysie générale des aliénés*, il y a des désordres de l'intelligence qui sont très caractéristiques et que nous n'avons pas observés chez nos malades. De plus, chez eux, la paralysie est bien différente du simple affaiblissement que présentent les sujets affectés de névralgie générale. N'oublions pas surtout que chez les paralytiques aliénés la paralysie se fait sentir sur les organes internes : la langue, la vessie, le rectum ; ce qui n'a pas lieu dans l'affection qui nous occupe. Ces dernières considérations sont applicables aux cas de *paralysie progressive sans aliénation* dont on a parlé dans ces derniers temps, et sont suffisantes pour la faire distinguer.

Le *delirium tremens* ressemble beaucoup plus à la névralgie générale ; c'est au point que je me suis demandé d'abord si je n'avais pas affaire tout simplement à cette première maladie, et qu'ayant observé un cas de *delirium tremens* dans lequel il existait de nombreux points douloureux à la pression, j'ai cru un instant qu'il en était ainsi ; mais depuis lors, je n'ai plus trouvé ces points douloureux dans le *delirium tremens*, et, en outre, il y a dans cette affection des symptômes qui n'existent pas dans celle qui nous occupe. Ces symptômes sont : l'insomnie, les visions, l'agitation, la soif, le désordre des idées. Enfin, dans le *delirium tremens* il y a, comme cause facile à reconnaître, l'abus des liqueurs alcooliques, tandis que, comme nous l'avons vu plus haut, cette cause n'existe pas dans la majorité des cas de névralgie générale.

Restent maintenant le *tremblement mercuriel* et l'*intoxication saturnine.* Mais d'abord, dans ces deux affections, il est facile de remonter à la cause, et en second lieu, dans le *tremblement mercuriel*, le tremblement porté beaucoup plus loin que dans la névralgie générale, est à peu près le seul symptôme de l'affection ; tandis que dans l'intoxication saturnine, ce sont le dépérissement, la décoloration, les paralysies partielles et les douleurs des membres qui dominent. Ces différences sont très grandes et l'erreur est facile à éviter.

Ce diagnostic est trop simple pour qu'il soit nécessaire de le présenter en tableau synoptique.

Pronostic. Le *pronostic* de cette affection n'est pas grave, puisque, comme nous allons le voir, elle cède facilement à un traitement très simple. Toutefois il ne faut

pas perdre de vue que la maladie, livrée à elle-même, n'a dans la très grande majorité des cas, aucune tendance à la guérison spontanée.

§ VI. — Traitement.

L'affection étant de nature névralgique, il est clair qu'on pourrait lui appliquer les *divers moyens mis en usage contre les diverses névralgies ;* mais, comme elle occupe toute l'étendue ou presque toute l'étendue du corps, il est évident que la plupart de ces moyens seraient d'une application difficile. Ainsi, par exemple, il faudrait multiplier à l'infini les vésicatoires pour enlever tous les points douloureux qui existent. D'un autre côté, l'expérience ne nous a encore rien appris sur l'utilité des divers moyens internes.

Mais il est un traitement très simple et qui jusqu'à présent a été infaillible : c'est la *cautérisation transcurrente.* Je n'indiquerai pas ici la manière de pratiquer cette cautérisation ; on en trouvera tous les détails dans l'article consacré à la *névralgie en général.* Je dirai seulement que, pour que cette opération réussisse, il faut qu'on la pratique de manière à *atteindre à peu près tous les points douloureux qui existent.* Ainsi on promènera le cautère actuel sur la tête, le long de la colonne vertébrale et de la partie antérieure du corps, le long des espaces intercostaux, et enfin sur les membres, suivant le trajet des nerfs affectés.

Ce n'est souvent qu'au bout de deux ou trois jours qu'une amélioration notable se fait sentir. Quelquefois, cependant, les malades sont complétement guéris le jour même ou le lendemain. En général, ils ne se ressentent plus de leur affection de cinq à huit jours après l'opération. Les forces reviennent ; les douleurs, les étourdissements disparaissent, ainsi que les tremblements. Enfin la gaieté renaît et toutes les fonctions se rétablissent. J'ai vu dans un cas la douleur, qui avait disparu de tous les autres points du corps, persister dans le membre inférieur gauche, comme dans une névralgie sciatique ordinaire, bien que la cautérisation eût porté sur ce point. De nouvelles cautérisations la firent disparaître.

Je n'ai eu besoin, dans presque tous les cas, de recourir à la cautérisation qu'une seule fois. Si le cas l'exige, on peut la recommencer dix ou quinze jours après la première, et y revenir plus tard. Dans les cas observés particulièrement par M. Leclerc, les choses se sont passées de la même manière.

Le succès si prompt et si complet de ce traitement ne peut plus laisser de doute sur la nature de la maladie. Pour le compléter, il suffit d'y ajouter les soins d'une bonne hygiène et un régime tonique sans être excitant. Ces soins hygiéniques et ce régime devront être continués par les malades après la guérison.

ARTICLE XIII.

DERMALGIE.

Je crois devoir placer dans ce chapitre cette affection douloureuse de la peau, parce que, dans l'immense majorité des cas, elle ne constitue autre chose qu'un des points douloureux des névralgies ordinaires dans un siége déterminé : la peau. J'ai dit, en parlant des névralgies en général, qu'il n'est pas rare d'observer une douleur vive au simple contact du doigt sur la peau ; que parfois il suffit de promener sur le tégument un corps léger, la barbe d'une plume, par exemple, pour

y réveiller la douleur dans un point circonscrit. C'est là évidemment une simple dépendance de la névralgie ; mais, dans quelques cas, on a trouvé cette douleur indépendante, comme on trouve une douleur bornée à un petit rameau nerveux, et l'on a donné le nom de *rhumatisme de la peau* ou de *dermalgie* à l'une et à l'autre de ces formes d'affections douloureuses du tégument.

Déjà MM. Piorry et Jolly avaient particulièrement insisté sur ces douleurs superficielles, lorsque M. Beau leur a consacré un travail beaucoup plus complet et plus intéressant que tous ceux qui avaient paru jusque-là. Je vais en peu de mots faire connaître ce qui ressort de plus important des observations connues et de quelques faits que j'avais observés moi-même depuis quelques années.

Mais auparavant je dois bien déterminer ce qu'en pratique il faut entendre par névralgie de la peau. Si, avec les auteurs que je viens de citer, on disait qu'il y a dermalgie toutes les fois que la peau devient douloureuse sans aucun changement appréciable de son tissu, on aurait raison d'une manière générale, mais on établirait une distinction fâcheuse ; car par là on tendrait à faire croire qu'il existe dans tous ces cas une affection du tégument nettement séparée de toute autre. Ce serait comme si, prenant chaque rameau nerveux en particulier chez les sujets affectés de névralgie ordinaire, on voulait en faire autant de névralgies particulières. Or chacun sait qu'il n'en est pas ainsi. Par exemple, un sujet est affecté de névralgie sciatique ; il a des douleurs dans les rameaux plantaires ; mais il en a aussi dans les autres parties des nerfs : on ne dit pas qu'il a une névralgie plantaire, mais bien une névralgie sciatique. Il faudrait, pour que la première dénomination fût bien appliquée, que la douleur fût bornée au nerf plantaire. De même si, dans un cas où la peau présente un point douloureux très vif, je trouve dans plusieurs points du nerf qui apporte la sensibilité à cette partie du tégument d'autres foyers de douleur, je ne peux pas dire qu'il existe une dermalgie ; je dis qu'il y a une névralgie sciatique, intercostale, lombaire, avec un point cutané plus ou moins douloureux. Or, comme je m'en suis assuré un grand nombre de fois et comme le reconnaissent eux-mêmes les auteurs que j'ai cités plus haut, c'est ce qui a lieu ordinairement. Tous ces cas, par conséquent, entrent dans les névralgies ordinaires, et nous ne devons pas nous en occuper ici.

A plus forte raison doit-on laisser de côté les douleurs plus ou moins vives occasionnées par l'érysipèle commençant, le zona et les autres affections de ce genre. En pareil cas, la douleur est un simple symptôme d'une autre maladie, et ne saurait être considérée elle-même comme une affection distincte, sous le nom de dermalgie. S'il en était autrement, il faudrait considérer comme des névralgies presque toutes les douleurs causées par les inflammations, puisqu'il est évident que les filets nerveux de l'organe enflammé en sont le siége.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Je crois donc ne devoir donner le nom de *dermalgie* qu'à une douleur de forme névralgique ayant son siége exclusivement dans la peau et étant idiopathique. Cette affection, considérée ainsi, n'est pas très fréquente. Cependant, en la recherchant avec soin, on en trouve facilement des exemples, surtout dans certaines conditions qui seront mentionnées plus loin.

§ II. — Causes.

Suivant M. Beau (1), cette maladie est bien évidemment de *nature rhumatismale.* Le vague dans lequel nous devons nécessairement rester, toutes les fois qu'il s'agit de la nature rhumatismale d'une maladie, empêche qu'on puisse discuter une semblable assertion. Ce qu'il y a de certain, c'est que, ainsi que le fait remarquer cet auteur, la douleur nerveuse de la peau survient souvent chez des personnes qui présentent des douleurs musculaires auxquelles on a donné le nom de *rhumatisme.* Mais, comme nous l'avons vu plus haut, elles se montrent aussi fréquentes chez des sujets affectés de névralgie ordinaire, et par conséquent il nous faudrait maintenant discuter si ces névralgies sont ou ne sont pas de nature rhumatismale. Mais cette discussion nous entraînerait trop loin, et d'ailleurs j'aurai à me prononcer sur cette question difficile lorsque je ferai l'histoire du rhumatisme musculaire, à laquelle je renvoie le lecteur.

D'après M. Beau encore, cette maladie se rencontre le plus souvent dans l'*âge* adulte, et plus fréquemment chez les *hommes* que chez les femmes ; mais je ne connais aucun relevé de faits qui démontre d'une manière décisive l'exactitude de ces assertions. Relativement à l'âge adulte, ce que nous savons des névralgies en général doit nous porter à admettre qu'il en est réellement ainsi. Quant au *sexe,* nous devons rester indécis.

M. Beau a vu l'impression du *froid*, surtout le corps étant en sueur, produire cette affection. Il a cité des cas où une douleur vive du tégument a suivi de près le refroidissement causé par une pluie froide ; mais il faut remarquer que cette dermalgie était d'une espèce particulière, dont je dirai un mot tout à l'heure. C'était, en effet, une dermalgie fébrile, et il reste toujours à savoir si les douleurs de la peau qui se produisent sans aucune réaction reconnaissent la même cause.

Je me borne à indiquer, d'après le même auteur, les causes suivantes. La dermalgie s'observe habituellement, selon lui, au *commencement du printemps,* dans un simple *changement de temps.* Elle se présente souvent chez les femmes *hystériques*, et aussi chez les sujets affectés de *paraplégie.* Relativement à ces dernières assertions, je dirai qu'en pareil cas la dermalgie est le plus ordinairement une simple dépendance d'une névralgie ordinaire. C'est ainsi que le *clou hystérique* en particulier, sur lequel M. Beau a insisté, doit, comme je l'ai dit dans un des articles précédents (2), être presque toujours considéré comme un simple point douloureux d'une névralgie de la tête. Ayant recueilli quelques observations de *maladies de la moelle* que je n'ai pas encore publiées, j'ai vu que de véritables névralgies peuvent se produire dans le cours de ces affections, et j'ai noté, en pareil cas, des points douloureux de la peau comme dans les névralgies ordinaires; mais j'ai pu aussi constater que parfois il n'y avait qu'une douleur limitée à la peau dans un point peu étendu, et alors il existait une véritable dermalgie. C'est ce que j'ai noté en particulier chez une femme paraplégique que j'ai observée pendant très longtemps, d'abord à l'Hôtel-Dieu, puis à la Salpêtrière. Chez cette femme, qui avait fini par perdre complétement l'usage de ses membres inférieurs, il survenait par-

(1) *Note sur les dermalgies*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 3ᵉ série, 1841, t. XII, p. 120).
(2) Voy. *Névralgie trifaciale* et *cervico-occipitale.*

fois une douleur très vive siégeant ordinairement sur le cou-de-pied, et telle que la plus légère friction était insupportable. L'exploration attentive des nerfs de la jambe et de la cuisse ne faisait reconnaître aucun autre point douloureux. L'existence d'une dermalgie indépendante n'était donc pas douteuse (1).

Enfin M. Beau reconnaît que la dermalgie se développe parfois *sans cause appréciable*. On sait qu'il en est de même de toutes les névralgies, et par conséquent on devait s'attendre à un pareil résultat, surtout en considérant la dermalgie d'une manière générale.

La description donnée par les auteurs que j'ai cités, sans en excepter celle de M. Beau, a dû nécessairement se ressentir du défaut de distinction entre la dermalgie proprement dite, la dermalgie idiopathique, et celle qui n'est qu'un simple phénomène morbide d'une affection plus étendue. On voit, en effet, que les symptômes des névralgies ordinaires, dont la dermalgie est si souvent une simple dépendance, entrent pour beaucoup dans cette description. Je vais présenter celle de M. Beau, qui est la plus complète, en l'accompagnant de quelques réflexions.

§ III. — Siége.

« Cette affection, dit-il, peut *siéger* dans tous les points de la peau de la tête, du tronc et des membres; mais elle se rencontre plus souvent aux membres inférieurs et à la tête qu'ailleurs. » Je ferai remarquer que, depuis que les points douloureux de la névralgie intercostale ont été recherchés avec plus de précision, on a trouvé fréquemment des parties de la peau du thorax offrant une douleur excessive. Reste maintenant à savoir si ces points douloureux se montrent souvent d'une manière indépendante; mais la même réflexion s'applique aux douleurs cutanées de la tête et des membres inférieurs. Si je pouvais m'en rapporter à de simples souvenirs, je dirais que les douleurs bornées à la peau m'ont paru plus fréquentes sur les endroits couverts de poils que partout ailleurs, ce qui rentre dans la manière de voir de M. Beau, qui, du reste, comme nous allons le voir, a indiqué un signe particulier dans les cas où le siége de la douleur est couvert de poils.

« Quelquefois, ajoute cet auteur, toute la peau est envahie; mais cela est rare; le plus souvent la dermalgie occupe une étendue qui varie de 2 centimètres à 1 décimètre carré. »

§ IV. — Symptômes.

« Quant à la *douleur* de cette névralgie, on peut dire qu'elle est double : l'une *fixe*, l'autre *intermittente*. Ces deux espèces de douleurs peuvent exister séparément; mais le plus souvent elles sont réunies.

» La *douleur fixe* présente plusieurs variétés d'intensité ou de forme. A son degré le plus faible, elle consiste dans une légère exaltation de la sensibilité normale; il semble au patient que la peau subit le contact fatigant d'une toile d'arai-

(1) Je crois devoir faire remarquer de nouveau, pour éviter toute fausse interprétation, qu'il n'y a pas, au fond, de dissidence réelle entre moi et M. Beau. Seulement, je n'envisage pas la dermalgie d'une manière en quelque sorte abstraite, comme cet auteur. Il a fait de la pathologie générale, et je fais de la pathologie spéciale.

guée; ou bien, si le mal est plus intense, la douleur ressemble à celle qui résulte de l'enlèvement de l'épiderme et de la dénudation du corps papillaire.

» La *douleur intermittente* se fait sentir toutes les demi-minutes environ. Elle est beaucoup plus vive que la précédente, car elle est souvent portée au point d'empêcher les mouvements de la partie affectée et de priver le malade de sommeil. Le malade la compare à celle qui résulterait d'une étincelle électrique, d'un coup d'épingle, ou bien encore à celle que produirait un clou si on l'enfouçait dans la peau à plusieurs reprises.

» La douleur fixe est augmentée (*douleur provoquée*) par le frottement des vêtements. Si l'on promène les doigts sur la peau, même légèrement, on produit une sensation comparable à celle que l'on déterminerait avec une brosse rude. Pour que le résultat s'observe, il n'est pas nécessaire que l'épiderme soit très mince; car on peut l'obtenir même sur les points où l'épiderme est très épais, comme à la peau du talon. Si la partie affectée est recouverte de poils ou de cheveux, il suffit de passer la main sur eux à distance de la peau, pour que celle-ci subisse une impression douloureuse.

» Ces différents frottements non seulement augmentent la douleur fixe, mais de plus, ils déterminent souvent et immédiatement le retour de la douleur intermittente. Si, au lieu d'un frottement ou d'un simple contact, on exerce avec la main une *pression* considérable sur la partie douloureuse, on supprime la douleur fixe; mais on n'empêche pas le retour de la douleur intermittente. Enfin je dois ajouter que la dermalgie rhumatismale est exaspérée notablement pendant la nuit. Cette exaspération porte principalement sur la douleur intermittente.

» Pendant toute la durée des douleurs, même les plus vives, la *peau* ne présente rien de remarquable sous le rapport de son épaisseur, de sa coloration et de sa chaleur. Quelquefois elle est sèche, d'autres fois elle est recouverte de sueur. »

Si nous jetons maintenant un coup d'œil sur cette description, nous voyons d'abord qu'elle a des traits nombreux de ressemblance avec celle que nous avons tracée de la névralgie ordinaire. C'est qu'en effet, comme je l'ai déjà fait remarquer plusieurs fois, les observations ayant été fréquemment prises chez des sujets affectés de névralgie, on a dû nécessairement mettre sur le compte de la dermalgie des symptômes appartenant à l'affection douloureuse des nerfs. Remarquons, d'ailleurs, que M. Beau nous a dit lui-même que les deux douleurs spontanées, c'est-à-dire la douleur fixe et la douleur intermittente, peuvent exister séparément. Les cas dans lesquels la dernière de ces douleurs n'existe pas ne seraient-ils pas ceux qu'on peut rapporter seuls à la dermalgie telle que nous l'entendons? Pour moi, dans les cas où la douleur de la peau m'a paru constituer à elle seule toute la maladie, j'ai remarqué qu'il n'y avait pas d'élancements; que la douleur spontanée était généralement médiocre et consistait dans un simple agacement, et que la douleur provoquée par le frottement était de beaucoup le symptôme le plus remarquable.

M. Beau a cité trois cas dans lesquels la douleur de la peau s'accompagne d'un *mouvement fébrile* assez marqué. Dans les cas de ce genre, le tégument est douloureux dans une assez grande étendue, et souvent même sur toute la surface du corps, comme cela avait lieu chez deux des sujets observés par M. Beau. Chez un troisième sujet, la peau des membres inférieurs était seule douloureuse. La fièvre,

qui a existé chez ces malades, n'a pas duré plus de huit ou dix jours dans les cas où l'affection s'est le plus prolongée. J'ai vu, chez un jeune homme, de semblables douleurs se produire en même temps que la fièvre qui annonçait l'invasion d'un mal de gorge de moyenne intensité.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Suivant M. Beau, « la *durée* de cette affection varie d'un jour à deux semaines. Sa *terminaison*, de même que son *début*, n'a guère lieu d'une manière instantanée; la douleur se développe et se termine par gradation insensible. » Le même auteur a vu la maladie gagner de proche en proche comme l'*érysipèle ambulant*, et a noté la fréquence des *récidives*.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de la dermalgie, telle que nous l'envisageons, ne présente pas de difficultés sérieuses. On ne saurait la confondre avec une *névralgie* ordinaire, puisque celle-ci suit le trajet des nerfs, et qu'elle se trouve seulement sur un point de ce trajet. Dans les cas où la névralgie est très bornée, à quelques points de la hanche, par exemple, on constate l'existence de ces points douloureux par la pression exercée avec l'extrémité du doigt, et l'absence de la douleur vive par la simple friction de la peau. Dans les cas fréquents où la dermalgie n'est qu'une dépendance de la névralgie, on trouve dans le trajet des nerfs les points douloureux indiqués plus haut, et de plus la douleur vive résultant de la simple friction de la peau dans une étendue limitée.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'indiquer le diagnostic de la dermalgie et des *rhumatismes articulaire* et *musculaire;* car il suffit, pour qu'aucune erreur ne soit à craindre, de se rappeler que la douleur dans ces dernières affections est exaspérée principalement par les mouvements, tandis que le mouvement ne cause aucune douleur dans la dermalgie.

Pronostic. Le pronostic de cette affection ne présente aucune gravité ; elle cède promptement à des moyens très simples, et très souvent même elle disparaît spontanément ; mais nous avons vu plus haut qu'elle est très sujette à se reproduire.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la dermalgie est très simple, comme je viens de le dire. Dans le plus grand nombre des cas observés par M. Beau, il a suffi, pour faire disparaître la douleur, de l'application locale de la *chaleur*, de l'ingestion des *boissons chaudes*, de la *provocation de la sueur*. Dans un cas où la douleur était vive et circonscrite, ce médecin eut recours à l'application d'un *vésicatoire volant* sur le point douloureux, et le mal céda presque instantanément. Ce fait vient encore à l'appui de tout ce que j'ai dit dans les articles précédents sur l'efficacité des vésicatoires volants. Pour moi, j'ai toujours vu les douleurs de la peau se dissiper spontanément au bout de quelques jours, lorsqu'elles n'étaient pas un symptôme d'une névralgie occupant une plus ou moins grande étendue du nerf qui venait apporter la sensibilité au point malade. Dans les cas, au contraire, où la dermalgie n'était qu'une dépendance de la névralgie, j'ai appliqué fréquemment des vésicatoires volants sur le lieu même occupé par la douleur cutanée, qui a cédé promptement.

Prophylaxie. Les seules recommandations qu'on ait faites sous le point de vue de la prophylaxie, sont de se soustraire à l'action du froid, et surtout du froid humide, en se couvrant le corps de flanelle, en habitant une chambre bien sèche et bien chauffée. Mais je dois dire que, malgré ces précautions, il est rare qu'un individu sujet à cette affection n'en éprouve pas de temps en temps des atteintes.

CHAPITRE II.

MALADÍES DE L'ENCÉPHALE.

Les maladies de l'encéphale sont trop fréquentes et trop graves pour que, dès les premiers temps de la médecine, on n'ait pas cherché à les étudier avec le plus grand soin; mais que de difficultés offrait une semblable étude avant l'époque où l'on a commencé à rechercher sur les cadavres les causes organiques des symptômes observés pendant la maladie! Presque toutes les affections cérébrales ont de nombreux points de ressemblance entre elles, et, par conséquent, la plus grande confusion devait exister sur ce point de la pathologie. D'un autre côté, certaines affections dont le siége est plus ou moins éloigné de la tête, donnent lieu à des symptômes cérébraux souvent fort intenses, et l'on a été nécessairement exposé à placer dans l'encéphale des maladies dont le siége était ailleurs. C'est ainsi, par exemple, que bien des cas cités par les auteurs, sous le nom de *fièvre cérébrale*, n'ont jamais présenté la moindre lésion du cerveau, tandis que d'autres organes (les intestins, les poumons, les veines) en offraient de très réelles et de très graves.

Les premiers travaux d'anatomie pathologique vinrent jeter quelque jour sur cette partie si obscure de la pathologie, et c'est principalement l'hémorrhagie cérébrale qu'on commença à connaître moins imparfaitement; mais, même sur cette maladie, les notions des médecins restèrent assez vagues jusqu'aux deux premières années de ce siècle, où parurent des études importantes que je signalerai plus loin. Vinrent ensuite les recherches sur le *ramollissement cérébral* étudié d'abord par M. Rostan (1), puis par plusieurs observateurs jusqu'à M. Durand-Fardel (2), qui nous a donné le travail le plus complet que nous possédions sur cette maladie. Récemment ont paru des recherches intéressantes sur l'hémorrhagie des méninges, et enfin on a porté les investigations sur tous les points de la pathologie de l'encéphale. Et cependant, combien de points obscurs n'aurons-nous pas encore à signaler dans les descriptions qui vont suivre!

Je divise les maladies de l'encéphale en deux sections. Dans la première, j'étudierai les maladies des *méninges cérébrales*, et dans la seconde, je ferai l'histoire des *maladies du cerveau, du cervelet et de la protubérance annulaire*. Les affections qui occupent à la fois la cavité encéphalique et la cavité rachidienne, comme la méningite cérébro-spinale, dont nous avons vu dans ces derniers temps des épidémies si curieuses, me serviront ensuite de transition, pour passer aux *maladies de la moelle*.

(1) *Recherches sur le ramollissement du cerveau*. Paris, 1820.
(2) *Traité sur le ramollissement du cerveau*. Paris, 1843, in-8.

SECTION PREMIÈRE.

MALADIES DES MÉNINGES.

Parmi les affections si difficiles à étudier dont nous avons à nous occuper dans ce chapitre, il n'en est assurément pas qui offrent plus de difficultés que celles qui ont pour siége les méninges. Aussi l'histoire de la plupart de ces affections est-elle toute récente. Le lecteur ne devra par conséquent pas être étonné de voir rarement des recherches anciennes être mentionnées dans cette section.

Parmi les affections des méninges cérébrales, il n'en est que quatre qui méritent une description bien détaillée : ce sont l'*hémorrhagie méningée*, la *méningite* ou *arachnitis*, l'*hydrocéphale chronique*, la *tuberculisation des méninges* ou *méningite tuberculeuse*. Les autres n'ont qu'une importance très secondaire, surtout pour le praticien. Je vais les passer successivement en revue.

ARTICLE Ier.

HÉMORRHAGIE DES MÉNINGES CÉRÉBRALES.

Il suffit d'un simple coup d'œil jeté sur les travaux, d'ailleurs très intéressants, publiés dans ces dernières années par MM. Baillarger (1), E. Boudet (2), Legendre (3), Prus (4), pour s'assurer que beaucoup d'obscurité règne encore sur l'histoire de cette affection, dont, ainsi qu'on va le voir, les symptômes manquent très souvent de précision.

Prus a soigneusement distingué l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne de l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne ; dans la description suivante, et surtout à l'occasion des symptômes et du diagnostic, j'indiquerai les résultats auxquels l'a conduit l'analyse des faits qu'il a observés.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom d'*hémorrhagie des méninges* à tout épanchement de sang qui a son siége soit dans l'intérieur de la cavité arachnoïdienne, soit sous l'arachnoïde, et dans les mailles de la pie-mère. On voit que, dans cette définition, je ne mentionne pas les épanchements sanguins entre la dure-mère et l'arachnoïde ; je ne le fais pas, parce que les dernières recherches ont démontré que ces épanchements n'existent réellement pas, et qu'une fausse membrane, promptement organisée, a été prise, dans les cas où l'on a cru trouver cette espèce d'hémorrhagie, pour l'arachnoïde décollée. Je n'ai pas davantage indiqué l'hémorrhagie qui peut avoir son siége entre la dure-mère et le crâne, parce que, s'il est vrai qu'on ait cité quelques cas de ce genre, il y a en pareille circonstance hémorrhagie extra-mé-

(1) *Du siége de quelques hémorrhagies des méninges*, thèse. Paris, 1837.

(2) *Mémoire sur l'hémorrhagie des méninges* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, novembre 1838 et février 1839).

(3) *Mémoire sur les hémorrhagies dans la cavité de l'arach.* (*Rech. anat.-path. et clin. sur quelques maladies de l'enfance*. Paris, 1846.

(4) *Mémoire sur l'apoplexie méningée* (*Mémoires de l'Académie royale de médecine*. Paris. 1845, t. XI, p. 18 et suiv.).

ningienne et non méningienne, et que ces cas rares, se montrant presque toujours à la suite de lésions plus ou moins graves du crâne, sont plutôt du domaine de la chirurgie que de celui de la médecine.

Les principales dénominations données par les auteurs à l'hémorrhagie des méninges sont les suivantes : *apoplexie méningée*, *méningorrhagie*, *hémorrhagie arachnoïdienne.*

L'hémorrhagie des méninges n'est pas une affection fréquente, à beaucoup près. Nous en possédons maintenant, il est vrai, un assez grand nombre d'observations ; mais on en trouve facilement la raison dans l'empressement avec lequel on a recueilli les faits qui se sont présentés dans ces dernières années, surtout dans les hôpitaux d'enfants et de vieillards.

§ II. — Causes.

Les causes de cette hémorrhagie sont très obscures. Prus a renoncé à en parler dans son mémoire ; Boudet n'a trouvé, en analysant ses faits, qu'une circonstance digne de remarque : c'est l'influence des saisons ; et M. Legendre, qui s'est occupé de ce point de l'histoire de la maladie, n'est arrivé qu'à des résultats de médiocre importance, que je vais néanmoins mentionner.

1° Causes prédisposantes.

Age. L'âge paraît avoir une influence très marquée sur la production de la maladie, car nous voyons que les travaux principaux ont été publiés, d'une part, par les médecins qui ont observé les maladies chez les *vieillards*, et de l'autre par des auteurs qui se sont spécialement occupés des maladies de l'*enfance*. Ce sont donc les deux extrêmes de la vie qui offrent le plus grand nombre de cas d'hémorrhagie des méninges, et ce n'est assurément pas le seul trait de ressemblance que présente la pathologie de ces deux points opposés de l'existence.

M. Legendre a, de plus, constaté que, dans le jeune âge, cette maladie se manifeste presque exclusivement chez des enfants n'ayant pas plus de trois ans ; car, sur deux cent quarante-huit autopsies, il n'en a pas trouvé un seul exemple passé cette époque. Cependant cet auteur est loin de nier la possibilité de cette hémorrhagie à un âge un peu plus avancé ; et, en effet, MM. Rilliet et Barthez (1), ainsi que quelques autres observateurs, ont cité des faits observés sur des sujets âgés de dix à quatorze ans : ce qu'il y a de certain, c'est que l'affection devient excessivement rare après la première enfance, et ne prend une nouvelle fréquence que pendant la vieillesse.

M. Legendre a recherché si le *volume exagéré de la tête* pouvait être une prédisposition aux hémorrhagies des méninges ; mais les faits ne lui ont fourni que des documents très insuffisants sur ce point.

E. Boudet n'a, comme je l'ai dit plus haut, trouvé digne d'être signalée que l'influence des *saisons*. Sur trente-deux cas, il a vu que seize, ou la moitié, avaient été observés dans le cours du printemps, et que quatre seulement s'étaient montrés pendant l'hiver.

(1) *Traité des maladies des enfants*, t. II, *Hémorrhagie de l'arachnoïde*.

2° Causes occasionnelles.

M. Legendre a, dans un cas seulement, vu survenir une hémorrhagie à la suite d'un violent *accès de colère*, et l'épanchement de sang était dû à la rupture d'un vaisseau. Dans aucun autre, il n'a pu saisir de cause occasionnelle dont l'existence soit admissible, et les autres auteurs sont muets sur ce point.

Tels sont les documents bien vagues que nous avons sur ce point d'étiologie. Il resterait à indiquer certaines *conditions organiques;* mais j'en renvoie l'étude au paragraphe consacré aux lésions anatomiques.

§ III. — Symptômes.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur la maladie qui nous occupe ont décrit les symptômes sans établir une distinction suffisante entre l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne et l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne. De là nécessairement une assez grande confusion que Prus s'est efforcé de faire cesser par la publication de son mémoire. Il a étudié séparément ces deux espèces, et est arrivé de cette manière à des conclusions intéressantes. Je crois devoir suivre son exemple.

1° *Hémorrhagie sous-arachnoïdienne. — Début.* Dans quelques cas seulement, cette affection débute brusquement, sans aucun cortége précurseur, et parfois même elle survient si rapidement, que, suivant Prus, elle mérite le nom d'*apoplexie foudroyante.*

Symptômes précurseurs. Ils consistent dans un certain degré de *céphalalgie*, quelquefois dans la *chaleur et la rougeur des téguments de la face* et du front, dans de l'*agitation*, de la *faiblesse*, de l'*assoupissement* et rarement de l'*engourdissement* (Boudet). On voit que ces signes précurseurs n'ont rien qui les distingue de ceux qu'on observe dans un certain nombre d'autres maladies de l'encéphale, et que par conséquent, quand on est appelé à les observer, on ne peut en aucune manière prévoir ceux qui vont les suivre. Ces prodromes peuvent remonter à une époque assez éloignée, ou ne durer que quelques jours. Il vont ordinairement en augmentant jusqu'au moment de l'invasion de la maladie.

Symptômes de la maladie confirmée. La *céphalalgie* est ordinairement très peu vive dans cette espèce d'hémorrhagie des méninges; elle n'a pas habituellement de siége ni de forme fixe.

La *paralysie du mouvement*, ce symptôme si important dans les affections du cerveau, a été étudiée avec soin par Prus dans les cas d'hémorrhagie sous-arachnoïdienne, et voici ce que lui ont appris les faits : la paralysie a manqué complétement dans tous les cas recueillis par lui ou cités par les auteurs, et dans lesquels le sang s'était accumulé sous l'arachnoïde *par exhalation*. Cette absence de paralysie se remarque même dans les cas où l'accumulation du sang est considérable. Un seul des faits cités par Prus semblerait sortir de cette règle : c'est la quatrième observation de son mémoire; mais il faut remarquer qu'il y avait, en même temps qu'une hémorrhagie sous-arachnoïdienne, un épanchement considérable de sang dans les quatre ventricules, et, de plus, que la paralysie était douteuse.

Dans les cas où l'hémorrhagie a lieu par suite de la rupture d'un vaisseau, les choses se passent un peu différemment, suivant que le vaisseau rompu est une ar-

tère ou une veine. Dans le premier cas, on peut observer la paralysie, mais rarement, puisque sur douze observations rassemblées par Prus, il n'en est que deux appartenant à Hodgson (1) et à Boudet qui aient présenté ce symptôme.

Lorsque l'hémorrhagie a été produite par la rupture d'une veine, il n'y a pas eu de paralysie; par là s'expliquent les expériences faites par M. Serres (2), et qui, quoique exactes, avaient conduit l'auteur à des conclusions erronées pour un certain nombre de cas. M. Serres, ouvrant les sinus veineux, avait vu que le sang épanché ne produisait pas de paralysie; il en avait conclu que ce symptôme n'existe pas dans l'apoplexie méningée; mais les faits que je viens d'indiquer sont venus prouver qu'il en est quelquefois tout autrement, et c'est ce qui a, en outre, été expérimentalement démontré, puisque M. Flourens (3), répétant les expériences de M. Serres, mais en ouvrant une artère au lieu d'une veine, a produit une paralysie très prononcée. Il est facile d'ailleurs de comprendre comment les choses se passent dans ces divers cas. Lorsqu'une artère est ouverte, le sang peut s'échapper avec impétuosité, la compression du cerveau est alors brusque, et la paralysie a lieu. Que si, même à la suite d'une rupture artérielle, le sang s'écoule lentement, la paralysie n'existe pas, le cerveau n'ayant pas été surpris, pour ainsi dire, par l'épanchement; et enfin, comme, dans la rupture d'une veine, le sang s'échappe toujours avec peu de rapidité, l'absence du symptôme est constante. Du reste, ne perdons pas de vue que nous ne nous occupons ici que de l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne; dans l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne, nous verrons les choses se passer un peu différemment, et nous saurons plus tard à quoi il faut attribuer cette différence.

Ce qui vient d'être dit pour la paralysie du mouvement s'applique à la *paralysie du sentiment*. Celle-ci s'est manifestée d'une manière très remarquable chez un sujet qui avait un vaste épanchement entre l'arachnoïde et le cerveau, par suite de la rupture d'une dilatation anévrysmale. Dans les cas où l'épanchement s'est fait lentement, la sensibilité n'a présenté rien d'anormal.

L'*engourdissement*, les *fourmillements* des membres, que nous retrouverons fréquemment dans la description des maladies cérébrales, n'appartiennent pas à l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne. On n'a presque jamais vu les *facultés intellectuelles* troublées, perverties; mais toujours on a constaté leur affaiblissement. On a noté de l'agitation, et un *délire* tranquille et passager a été observé une seule fois par Prus. Cet auteur n'a jamais trouvé de lésion particulière des *sens*, soit dans les cas qu'il a observés, soit dans ceux qu'il a empruntés aux autres observateurs.

Reste un symptôme important, à cause de sa constance, c'est le *coma*. Il s'est montré, un temps plus ou moins long avant la mort, chez tous les sujets dont Prus a rassemblé les observations; on ne doit pas, en effet, tenir compte, pour cette appréciation, d'un cas recueilli par cet auteur (6ᵉ obs.), et dans lequel la mort fut subite.

Tels sont les symptômes de cette espèce d'hémorrhagie méningée. On voit combien ils sont presque tous vagues et peu constants. Étudions maintenant l'hémor-

(1) *Maladies des artères et des veines*, trad. de Breschet. Paris, 1819, t. I, p. 89.
(2) *Annuaire des hôpitaux civils*. Paris, 1819.
(3) *Recherches expérimentales sur le système nerveux*, 2ᵉ édit. Paris, 1842, in-8.

rhagie intra-arachnoïdienne, et nous reviendrons plus tard sur cette symptomatologie.

2° *Hémorrhagie intra-arachnoïdienne.* Suivant Prus, l'hémorrhagie dans la cavité de l'arachnoïde ne se fait jamais par rupture d'un vaisseau, mais bien par exhalation. Il est important de dire un mot sur ce point, avant d'aborder l'étude des symptômes de cette apoplexie méningée.

Cette opinion de Prus ne paraît pas partagée par les autres auteurs qui semblent admettre sans difficulté l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne par rupture d'un vaisseau. Malheureusement la plupart des observations sont trop incomplètes pour qu'on puisse les faire servir à éclairer cette question. Tout ce que je peux dire, c'est que, dans tous les cas où des détails suffisants ont été donnés, l'assertion de Prus s'est trouvée exacte, et que dans les faits qu'il a cités en particulier, toutes les fois qu'il y a eu rupture d'un vaisseau, l'accumulation du sang s'est faite sous l'arachnoïde. Nous devons donc, jusqu'à nouvel ordre, admettre le fait comme démontré.

Début. Le début peut être subit dans cette espèce d'hémorrhagie méningée comme dans la précédente, et des faits rapportés par les auteurs que j'ai plusieurs fois cités plus haut nous apprennent que la maladie mérite parfois le nom d'*apoplexie foudroyante.* Je ne citerai pour exemple que la quinzième observation du mémoire de Prus. Dans un certain nombre de cas, au contraire, la maladie marche graduellement, mais d'une manière plus ou moins rapide, et très fréquemment on observe des prodromes que je vais mentionner.

Symptômes précurseurs. Ces symptômes ont présenté quelques différences suivant qu'on a observé la maladie chez les vieillards ou chez les enfants. Ceux qui ont été observés par Boudet, chez des sujets avancés en âge, sont les suivants: céphalalgie et assoupissement, perte de la parole, agitation, faiblesse des membres, délire chez un maniaque, congestion subite, vomissements, engourdissements, vertiges, malaises, gêne des mouvements. Mais il faut remarquer que ces symptômes, si nombreux, se sont presque toujours montrés isolés, et chacun un très petit nombre de fois; en sorte qu'il n'y en a aucun de caractéristique. Peut-être aussi que, parmi ces symptômes, il en est plusieurs qu'on peut moins regarder comme des symptômes précurseurs que comme des signes de la maladie déjà confirmée, et parvenue seulement à une période peu avancée.

Suivant M. Legendre, qui a étudié avec soin l'hémorrhagie des méninges survenue dans le jeune âge, les *vomissements* ne sont pas plus fréquents chez les enfants que chez les adultes; mais on observe plus fréquemment de la fièvre et des mouvements convulsifs. Or on peut se demander encore si ce sont là des prodromes ou des signes d'un épanchement sanguin déjà formé, quoique peu abondant encore. On voit que cette question du début et des prodromes de la maladie a encore besoin d'être élucidée.

Symptômes. Chez les enfants, l'âge trop peu avancé des sujets ne permet pas de constater l'existence de la *céphalalgie;* mais chez les sujets avancés en âge, ce symptôme a une importance incontestable. Il résulte, en effet, des observations rassemblées par Boudet, qu'il a existé neuf fois sur douze cas dans lesquels il a été recherché, et dans lesquels les malades pouvaient rendre compte de leur état; on l'a aussi constaté dans la plupart des cas observés par Prus.

La *paralysie du mouvement* se montre plus fréquemment dans cette espèce que dans la première, mais elle est encore loin d'être un symptôme constant. Prus, il est vrai, l'a observé six fois sur huit cas, mais les autres observateurs, et en particulier Boudet, ne sont pas arrivés à un semblable résultat. Ce dernier auteur n'a trouvé le symptôme dont il s'agit que dans douze cas sur quarante, et M. Legendre, qui divise l'affection en aiguë et en chronique, n'a jamais observé la paralysie, chez les enfants, pendant la première de ces périodes. Or, comme il ne s'agit ici que de cette période, la seconde formant une variété d'*hydrocéphale* dont il sera question plus tard, il en résulte que nous devons regarder la paralysie comme un fait exceptionnel dans l'enfance, si même on a cité des cas où elle ait réellement existé.

La *déviation de la langue* et *de la bouche*, ainsi que certains *strabismes*, qui sont des symptômes de paralysie, ne se sont montrés que très rarement chez les adultes, et jamais chez les enfants.

La *paralysie*, lorsque l'épanchement n'a lieu que d'un seul côté, s'observe du côté opposé, comme dans les cas d'*hémorrhagie cérébrale*. Quelquefois néanmoins, lorsque l'épanchement était très considérable, on l'a trouvée double. Elle existe des deux côtés si l'épanchement se fait sur les deux hémisphères.

Mais la *motilité* éprouve d'autres altérations qu'il est important de noter ; ce sont : la contracture, la roideur, les convulsions.

Boudet, analysant avec soin les faits qu'il a rassemblés, a trouvé une de ces altérations dans tous les cas où elles ont été recherchées. La *contracture* est celle qui se montre le plus fréquemment. Boudet l'a notée quatorze fois sur vingt-sept cas, et M. Legendre la signale comme un phénomène remarquable de la maladie dont il s'agit. Les *convulsions* viennent ensuite ; Boudet les a notées neuf fois, et M. Legendre les place au nombre des symptômes essentiels de la maladie. Elles consistent, chez les enfants, soit en une *roideur tétanique*, cessant au bout de peu de temps pour se reproduire ensuite, soit en des mouvements irréguliers, occupant parfois tout le corps, semblables à ceux que produisent les secousses électriques, et dégénérant à la fin de la maladie en un *tremblement convulsif* continu, avec des paroxysmes irréguliers. Les muscles de l'*œil* participent à ces convulsions.

La *paralysie du sentiment* est plus rare. Cependant Boudet l'a constatée un certain nombre de fois. Quant à M. Legendre, il signale son absence.

La *dilatation*, l'*immobilité*, le *rétrécissement* des pupilles s'observent rarement.

La *somnolence* d'abord, et plus tard le *coma*, se montrent dans la généralité des cas, et Prus a insisté avec raison sur l'importance de ces symptômes, qui sont remarquables, surtout par leur persistance. Ordinairement le coma, une fois établi, persiste jusqu'à la mort. Cependant Boudet a cité un cas fort remarquable où ce symptôme s'est montré d'une manière intermittente.

Un *mouvement fébrile* plus ou moins intense accompagne la maladie, au moins dans la grande majorité des cas, chez les adultes, et toujours chez les enfants, d'après les observations de M. Legendre. Cet auteur ayant noté avec soin l'état du *pouls*, l'a vu s'accélérer de jour en jour et monter de cent à cent quarante pulsations, et il a reconnu, en outre, que le pouls est plein, résistant et *toujours régulier* dans le cours de la maladie. A la fin seulement il devient petit et faible.

Tel est l'ensemble de symptômes présenté par les auteurs. Nous voyons qu'il

faut remarquer principalement la contracture, les convulsions, la paralysie du mouvement, la somnolence et le coma, accompagnés d'une fièvre marquée.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est ordinairement continue, avec des exacerbations plus ou moins notables. Cependant, ainsi que nous l'avons vu plus haut, on observe parfois une certaine *intermittence* des principaux symptômes. J'ai indiqué le cas rapporté par Boudet, où le coma était intermittent. Le même auteur a signalé l'intermittence des convulsions dans quelques cas.

La *durée* de l'affection a été de huit à douze jours chez les enfants observés par M. Legendre. Chez les malades qu'a observés Prus, elle n'a pas dépassé huit jours lorsque la lésion consistait dans une hémorrhagie sous-arachnoïdienne; mais elle a duré un mois et plus chez quelques sujets atteints d'hémorrhagie intra-arachnoïdienne. J'ai dit plus haut que la mort pouvait être subite.

L'hémorrhagie des méninges se *termine* le plus souvent par la mort. Cependant on a cité des cas de guérison évidente, puisque, comme nous le verrons en parlant des lésions anatomiques, on a trouvé chez un certain nombre de sujets des fausses membranes qui ont isolé le sang et l'ont mis dans des conditions favorables pour être résorbé. Il est un autre mode de *terminaison* qu'on observe chez les enfants, et qui a été étudié avec soin par M. Legendre : c'est la transformation du kyste sanguin en kyste séreux, d'où résulte une espèce particulière d'hydrocéphale, dont je donnerai plus tard la description.

§ V. — Lésions anatomiques.

Avant que M. Baillarger eût publié ses recherches, on croyait que l'épanchement sanguin pouvait se faire entre la dure-mère et l'arachnoïde. On concevait difficilement, il est vrai, comment une membrane aussi mince que cette dernière, et si intimement unie à la membrane fibreuse, pouvait être décollée dans une aussi grande étendue; mais on citait des faits qu'on ne pouvait expliquer autrement. M. Baillarger a démontré que ce qui en avait imposé était la formation très prompte d'une fausse membrane semblable à l'arachnoïde, qui isolait le liquide épanché. Dès lors les faits cités par MM. Rostan (1), Blandin (2), Menière, Cruveilhier (3) et plusieurs autres, trouvaient une explication naturelle, et les faits observés par Prus, Boudet, M. Legendre, etc., sont venus confirmer la manière de voir de M. Baillarger.

Cela posé, je vais indiquer rapidement les lésions. Dans l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne on trouve assez fréquemment une rupture, soit d'une veine, soit d'une artère. Les observations intéressantes de M. Tonnelé (4) sur les *maladies des sinus de la dure-mère* ont fait voir en outre qu'une rupture d'un sinus peut donner lieu à cet épanchement sanguin. M. le docteur Mullar (5) a observé un cas dans lequel la *rupture du sinus droit* à son point de jonction avec le pressoir d'Héro-

(1) Voy. *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, p. 396.
(2) *Anatomie topographique*. Paris, 1834, in-8, avec atlas in-folio.
(3) *Anatomie pathologique du corps humain*, in-fol. avec pl. col., liv. VI, VIII, XVII.
(4) *Journal hebdomadaire de médecine*. Paris, 1829, t. V.
(5) *The Lancet*, juin 1849.

phile produisit une hémorrhagie suivie de mort au bout de vingt-quatre heures, avec tous les symptômes de l'apoplexie cérébrale. Mais il n'est pas rare aussi de ne rien trouver de semblable, et alors l'hémorrhagie a eu lieu par exhalation. Le sang épanché n'est pas, en pareil cas, entouré d'une fausse membrane. Tantôt il est liquide, tantôt en caillots, du moins en partie, et ces caillots sont plus ou moins mous, plus ou moins colorés, selon qu'ils sont plus ou moins récents.

L'hémorrhagie intra-arachnoïdienne, qui est la plus fréquente, offre cette formation d'une fausse membrane qui, suivant E. Boudet, est tantôt consécutive à l'épanchement et tantôt antérieure ; mais ce dernier fait ne m'a pas paru parfaitement démontré. M. Baillarger a constaté que lorsqu'il existe plusieurs caillots, la fausse membrane leur forme à chacun un kyste distinct.

Le sang épanché est ordinairement abondant ; il laisse parfois une impression sur le cerveau (Andral) qui indique une compression forte et prolongée. Comme dans le cas précédent, il est plus ou moins liquide, plus ou moins coagulé, plus ou moins coloré, suivant la date de la maladie. Assez fréquemment il a un aspect tel, qu'un commencement de résorption n'est pas douteux, et quelquefois on a trouvé les deux lames de la fausse membrane complétement accolées, ce qui indiquait une guérison parfaite.

On a trouvé cette hémorrhagie, avec d'autres lésions variées, chez les *paralytiques aliénés* (1) ; mais, en pareil cas, cette lésion n'est qu'accessoire. J'y reviendrai.

§ VI. — **Diagnostic ; pronostic.**

On ne saurait prétendre, après avoir lu tous les documents que les observateurs nous ont fournis sur cette affection, que le diagnostic en soit parfaitement établi. La question est si difficile, qu'il serait prématuré, je crois, d'entrer dans de grands détails sur ce diagnostic avant d'avoir étudié les autres affections cérébrales qui peuvent être confondues avec celle que je viens de décrire. Je vais seulement ici faire connaître les signes différentiels établis par Prus entre les deux espèces d'apoplexie méningée.

Dans l'apoplexie intra-arachnoïdienne, la paralysie est beaucoup plus fréquente. Cette forme offre parfois une perte subite de connaissance que ne présente pas l'autre. La somnolence et le coma sont des symptômes communs aux deux espèces ; mais, dans l'apoplexie intra-arachnoïdienne, ils s'accompagnent de céphalalgie, de fièvre, de sécheresse de la langue, parfois de délire, ce qu'on n'observe pas dans l'autre. Il faut joindre à ces signes la contracture, la convulsion, la roideur signalées par Boudet et M. Legendre, et qui appartiennent à l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne. Pour bien faire saisir les différences, il importe de présenter ces signes sous forme de tableau synoptique.

(1) Voy. les recherches de MM. Lélut (*Inductions sur la valeur des altérations de l'encéphale*. Paris, 1836, in-8), Calmeil (*De la paralysie considérée chez les aliénés*. Paris, 1826, in-8), etc.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Signes différentiels de l'hémorrhagie sous-arachnoïdienne et de l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne.

HÉMORRHAGIE SOUS-ARACHNOÏDIENNE.	HÉMORRHAGIE INTRA-ARACHNOÏDIENNE.
Paralysie *très rare.*	Paralysie *assez fréquente.*
Jamais de perte subite de connaissance.	*Dans plusieurs cas*, perte subite de connaissance.
Somnolence et coma, *sans céphalalgie, sans fièvre, sans sécheresse de la langue, sans délire*, du moins dans la très grande majorité des cas.	La somnolence et le coma s'accompagnent ordinairement de *céphalalgie*, de *fièvre*, de *sécheresse de la langue*, de *délire*.
Ni convulsions, ni contracture, ni roideur.	*Presque toujours* convulsions, contracture, roideur.

Il convient, je le répète, de renvoyer après les descriptions de certaines maladies cérébrales, et principalement de la méningite tuberculeuse que M. Legendre s'est attaché à distinguer de l'hémorrhagie des méninges, le diagnostic de cette dernière affection avec celles qui pourraient être confondues avec elle.

Pronostic. On a vu par ce que j'ai dit de la terminaison de la maladie, que sa gravité est extrême. Il semble résulter des faits que j'ai signalés plus haut, que l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne est la moins grave des deux. Mais il ne faut pas se hâter de tirer cette conclusion des cas de guérison signalés par les auteurs. On conçoit très bien, en effet, que le sang épanché sous l'arachnoïde, et qui n'est pas isolé par une fausse membrane, a pu, dans quelques cas, être résorbé sans laisser de traces. Je ne sais si de nouvelles recherches pourront éclairer cette question.

§ VII. — Traitement.

La question thérapeutique a été nécessairement la plus faiblement traitée parmi toutes celles qui se rattachent à l'affection dont nous nous occupons. Jusqu'à présent on a, on peut le dire, plutôt appris à étudier la maladie qu'à la guérir. J'ai la conviction que, dans la grande majorité des cas, le diagnostic n'a pas été porté, ou qu'il ne l'a été qu'avec beaucoup d'incertitude. Ce sont de mauvaises conditions pour étudier le traitement. Aussi les auteurs se sont-ils attachés plutôt à signaler les indications qui leur paraissent ressortir de l'examen des lésions anatomiques, qu'à rapporter les effets d'un traitement suivi dans un certain nombre de cas.

On a conseillé principalement le *traitement antiphlogistique* (*émissions sanguines* générales et locales, émollients, adoucissants). On a aussi recommandé les *révulsifs*, les *dérivatifs* sur le tube intestinal (les *purgatifs*, et surtout le *calomel*) et sur les extrémités (*sinapismes*, *chaleur* aux pieds, aux jambes, *ventouses Junod*).

Mais je n'insiste pas davantage sur ce traitement. Chacun comprendra facilement quels sont les moyens qu'on met en usage, et plus tard l'expérience nous apprendra jusqu'à quel point les moyens thérapeutiques peuvent favoriser la tendance naturelle à la résorption du sang épanché. M. Legendre recommande surtout de ne pas pousser trop loin les émissions sanguines chez les enfants ; mais c'est là une

recommandation qui s'applique d'une manière générale au traitement des maladies de la première enfance.

ARTICLE II.

MÉNINGITE SIMPLE AIGUË.

C'est surtout quand on arrive à l'histoire de la méningite, qu'on peut facilement se convaincre de la grande difficulté que présente l'étude des affections encéphaliques. Ce n'est pas que cette maladie n'ait été l'objet de nombreuses et importantes recherches; mais pendant bien longtemps le défaut de connaissances anatomico-pathologiques fit que l'on confondit sous des noms vagues, comme *phrenitis*, *délire*, *transport au cerveau*, des affections de nature très différente, et dont un grand nombre, n'étant constituées que par un délire sympathique, n'ont pas même pour siége le cerveau ou ses membranes. Il est évident qu'avec les documents qu'on a pu rassembler pendant cette longue période, on ne saurait tracer rien d'exact et de précis.

Ce n'est guère que dans les premières années du XVIIIe siècle qu'on commença à avoir quelques notions sur certains épanchements du cerveau, décrits plus tard avec soin par Robert Whytt (1), et qui devinrent ensuite, sous le nom d'*hydrocéphale aiguë*, l'objet de recherches nombreuses, dont quelques unes ont joui d'une réputation méritée à plusieurs égards; car si les progrès de la pathologie nous empêchent aujourd'hui de leur accorder une très grande valeur, nous ne devons pas oublier l'état dans lequel ces auteurs avaient trouvé la question et les difficultés qu'ils ont nécessairement eu à surmonter. Je citerai entre autres Fothergill (2), Rowley (3), Cheyne (4), Bricheteau (5). Dans les recherches de ces nombreux auteurs, on constate un progrès réel; mais quel vague, quelle indécision ne trouve-t-on pas encore dans leurs descriptions!

Quelques médecins étant venus contester la nature de la maladie, et ayant cité des faits tendant à prouver que l'hydrocéphale aiguë n'était qu'une inflammation des méninges, la question se trouva compliquée sans être beaucoup éclaircie. Cependant il faut reconnaître que nous y avons gagné quelques observations intéressantes de méningite, dues en particulier à MM. Senn (6), Charpentier (7) et plusieurs autres que je ne peux citer ici. Mais c'est surtout dans l'ouvrage de Parent-Duchâtelet et de M. Martinet (8) que nous trouvons les recherches les plus importantes sur ce point, et cependant, dans l'état actuel de la science, on ne peut tirer qu'un faible parti de ces recherches; car il est aujourd'hui démontré que ces deux auteurs ont décrit en même temps deux maladies très différentes, c'est-à-dire la *méningite aiguë simple* et la *méningite tuberculeuse*, et quoique ce soit principalement dans l'espèce qu'ils ont décrite sous le nom d'*arachnitis de la base* qu'il

(1) *Obs. on the dropsy of the brain*. Edinburgh, 1768.
(2) *Remarks on the hydr. intern* (*Medic. obs. and inquir.*, 1771).
(3) *Treat. of the membr. of the brain*, etc. London, 1801.
(4) *Essay on hydrocephalus acutus*, etc. Edinburgh, 1801.
(5) *Traité de l'hydrocéphale aiguë ou fièvre cérébrale des enfants*. Paris, 1829.
(6) *Rech. anat.-path. sur la mén. aiguë*, etc. Paris, 1825.
(7) *De la nat. et du trait. de la malad. dite hydrocéphalite aiguë*. Paris, 1837, in-8.
(8) *Rech. sur l'infl. de l'arachnoïde cérébr. et spin*. Paris, 1821.

faille chercher les exemples de tuberculisation des méninges, il n'en est pas moins vrai que cette distinction n'étant pas établie d'une manière suffisamment précise, il n'est pas toujours possible de faire l'application des descriptions qu'ils nous donnent à une maladie bien déterminée.

Ce n'est que dans ces deux dernières années que l'observation acquérant une rigueur jusque là inconnue, on découvrit une maladie particulière dont la connaissance nous a été d'un très grand secours pour l'intelligence des maladies des membranes cérébrales. Cette maladie est la *tuberculisation des méninges*, improprement désignée sous le nom de *méningite tuberculeuse*. Ce n'est pas ici le lieu de faire connaître la manière dont cette affection a été découverte et étudiée ; je le ferai quand je présenterai son histoire. Je veux seulement constater ici l'influence que cette étude a eue sur les progrès de cette partie de la pathologie : elle est très grande. Nous ne sommes plus embarrassés par ces cas où il existe une grande accumulation de liquide sans inflammation, et dans lesquels néanmoins on trouve diverses lésions sous-arachnoïdiennes : ce sont des tuberculisations des méninges. Or c'était là précisément les exemples les plus frappants qu'invoquaient les auteurs pour lesquels il existait une *hydrocéphale aiguë non inflammatoire*. Nous ne le sommes pas davantage par les cas où, avec un épanchement et les lésions que je viens d'indiquer, il existe des traces d'inflammation. Ces cas, qui ont principalement servi de preuve aux auteurs qui veulent voir une simple inflammation dans l'hydrocéphale, ne sont autre chose qu'une tuberculisation des méninges avec inflammation consécutive. Viennent ensuite les faits où l'inflammation des méninges existe seule. Ce sont là des exemples, reconnus aujourd'hui comme peu nombreux, de la *méningite simple aiguë*. Enfin, on peut se demander s'il existe réellement une hydrocéphale aiguë simple, c'est-à-dire un épanchement rapide de sérosité dans les cavités arachnoïdiennes sans inflammation, sans tuberculisation des méninges et sans aucune autre lésion primitive ; mais c'est là une question assez importante pour mériter d'être examinée à part, et je la traiterai dans un petit article consacré à l'*hydrocéphale aiguë*.

Comme on le voit, ces distinctions sont capitales. Si on ne les établit pas, tout est nécessairement confusion, et c'est ce qui explique comment, ainsi que je le disais plus haut, tant d'esprits distingués qui se sont, avant ces dernières années, occupés de ces questions difficiles, ont produit des ouvrages qui ne peuvent aujourd'hui nous être que d'une faible utilité.

Ces considérations m'ont paru trop importantes pour que j'aie pu un seul instant penser à les abréger. Elles feront comprendre pourquoi je serai très sobre d'emprunts aux auteurs qui ont écrit avant ces deux dernières années, et me serviront à établir une division méthodique que, pour les mêmes motifs, ont adoptée les auteurs récents, en tête desquels il faut placer Guersant (1).

Je vais donc d'abord, dans cet article, m'occuper exclusivement de la *méningite simple aiguë*, caractérisée par une inflammation des méninges qui n'est pas une conséquence de leur tuberculisation ; je dirai ensuite quelques mots de la *méningite simple chronique*, puis je décrirai la *tuberculisation des méninges* désignée sous le nom de *méningite tuberculeuse*, et enfin je dirai quelques mots de

(1) *Dic. de méd.*, art. MÉNINGITE et HYDROCÉPHALE AIGUË.

l'*hydrocéphale aiguë*, et je ferai l'histoire de l'*hydrocéphale chronique*, maladie bien connue dès longtemps.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

D'après ce qui précède, je donne le nom de *méningite simple aiguë* à une affection purement inflammatoire des méninges.

Cette affection, comme nous l'avons vu, a reçu plusieurs noms par suite de la confusion qui a régné si longtemps sur ce point de pathologie. On en trouve, en effet, des exemples dans les descriptions que les auteurs nous ont données de l'*hydrocéphale aiguë*, de l'*hydropisie du cerveau* et des *ventricules cérébraux*, de l'*inflammation des membranes cérébrales*, des *méninges*, etc. On l'a encore décrite sous les noms de *fièvre cérébrale*, d'*arachnitis*, d'*arachnoïdite*.

On ne peut douter aujourd'hui que cette maladie ne soit très rare, abstraction faite toutefois de celle qui est produite par une cause traumatique. C'est au point que MM. Rilliet et Barthez (1) ont été réduits à tracer son histoire d'après cinq cas qu'ils ont observés et un autre que leur a communiqué M. Legendre. Toutefois je dois ajouter que dans un travail plus récent, et qu'il a publié seul, M. Rilliet (2) a rassemblé un plus grand nombre de cas ; mais il a été obligé d'en chercher une bonne partie dans les auteurs, et cependant il n'a pas pu réussir à en réunir un nombre considérable.

§ II. — Causes.

L'histoire des causes se réduit à peu de chose. Parent-Duchâtelet et M. Martinet ont, il est vrai, exposé en détail ce point d'étiologie ; mais nous avons remarqué que leur description s'appliquait à des affections différentes.

1° Causes prédisposantes.

Age. Suivant Guersant, c'est surtout de seize à quarante-cinq ans que cette maladie se présente. Les enfants observés par MM. Rilliet et Barthez étaient âgés de cinq ans et demi à onze ans. On n'a pas cité d'exemple recueilli dans la première enfance.

Sexe. Il résulte des divers relevés de faits que la méningite simple aiguë est beaucoup plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Des sujets observés par MM. Rilliet et Barthez, cinq étaient des garçons.

Le *tempérament sanguin* prédispose, suivant les auteurs, à la méningite aiguë. Malheureusement nous ne connaissons pas suffisamment les faits sur lesquels on s'est appuyé pour avancer cette proposition. Il en est de même de l'influence de la *grosseur de la tête*, de l'*hypertrophie du cœur* et de l'*hérédité*. J'en dirai autant des *professions*. Cependant on peut, d'une manière indirecte, arriver à cette conclusion, que les professions qui exposent les sujets pendant longtemps aux ardeurs du soleil présentent le plus de cas de cette maladie ; car on a cité un certain nombre de faits dans lesquels elle était produite par une *insolation* violente et prolongée.

(1) *Traité des maladies des enfants*, t. I, ch. XVIII.
(2) *De l'inflammation franche des méninges chez les enfants* (*Arch. gén. de méd.*, 4ᵉ série, 1846, t. XII, p. 385 ; 1847, t. XIII, p. 30, 182).

M. Bayle (1) a trouvé que les *militaires* étaient particulièrement exposés à la méningite. On sait que ces sujets sont fréquemment soumis à l'insolation. Nous avons vu aussi, dans ces derniers temps, des épidémies d'inflammation des méninges sévir presque exclusivement sur les militaires ; mais cette affection, qui se propage ordinairement aux membranes du rachis, a une physionomie trop particulière pour que nous nous croyions dispensé de la décrire à part (2).

Viennent ensuite un certain nombre de causes dont l'existence n'a pas été établie d'après un nombre suffisant de faits, et dont quelques unes ont été plutôt supposées qu'observées : ce sont les *travaux intellectuels*, l'*abus des boissons alcooliques*, les *passions tristes*. Ces causes ont été aussi rangées parmi les causes occasionnelles, lorsque les sujets ont été atteints pendant qu'ils se trouvaient dans de semblables circonstances. On a observé quelques cas de méningite pendant le travail de la *dentition* ; mais, d'après ce que nous avons dit à propos de l'influence de l'âge, ces cas sont nécessairement très peu nombreux, et l'on ne peut douter que les auteurs n'aient été souvent trompés par le délire symptomatique, la somnolence, le coma, et même les convulsions qui se montrent si fréquemment dans la dentition difficile.

MM. Rilliet et Barthez ont donné dans leur ouvrage un abrégé de la relation d'une *épidémie* de méningite faite par le docteur Albert (3). Cette affection atteignit en trois mois plus de cent cinquante enfants. Je dois dire toutefois que la description donnée par le docteur Albert n'est pas suffisante pour entraîner la conviction, et que les détails anatomiques manquent complétement. On sait que chez les enfants il ne faut qu'un degré de fièvre un peu intense pour produire des accidents cérébraux très graves. Or, ces enfants avaient une forte fièvre, et rien ne prouve que les symptômes observés du côté du cerveau ne fussent purement sympathiques. Quand on songe qu'avant les dernières années on doutait que les enfants pussent être atteints de *fièvre typhoïde*, et que, d'un autre côté, on publiait un grand nombre d'observations de fièvre cérébrale guérie, on comprend toute la valeur de cette remarque. Pour moi, je crois que ceux qui liront cette description avec un peu d'attention ne seront nullement convaincus qu'il ne s'agit pas tout simplement d'une épidémie de fièvre typhoïde.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles nous devons d'abord citer les *violences extérieures*, les coups, les chutes, les plaies par armes à feu. Cette *méningite traumatique* est particulièrement la conséquence des lésions qui portent sur la table interne du crâne. Lorsque, par exemple, une esquille aiguë vient léser les membranes du cerveau, l'inflammation en est la conséquence nécessaire.

L'*insolation* est ensuite la cause la plus évidente de cette maladie. MM. Rilliet et Barthez, Guersant et plusieurs autres auteurs, citent des exemples frappants sous ce rapport, observés chez des enfants. Parent-Duchâtelet et M. Martinet en ont cité de semblables, recueillis chez les adultes.

C'est une opinion générale que rien n'est plus dangereux que la disparition ra-

(1) *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes.* Paris, 1826.
(2) Voy. *Méningite cérébro-spinale.*
(3) *Journal de Hufeland*, août 1830.

pide des exanthèmes ayant leur siége sur le cuir chevelu, et c'est l'inflammation des membranes du cerveau qu'on redoute surtout en pareil cas. MM. Rilliet et Barthez ont cité un fait dans lequel l'apparition de la méningite a suivi immédiatement la *répercussion d'un exanthème* du cuir chevelu. Le fait n'est donc pas contestable ; mais sa grande fréquence, généralement admise, est beaucoup plus douteuse. Pour ma part, j'ai vu souvent supprimer des croûtes laiteuses, des eczémas de la face et de la tête, sans qu'il soit survenu rien de semblable. Les mêmes doutes s'élèvent sur l'influence prononcée qu'on a attribuée aux *suppressions des flux*, des *ulcères*, etc.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes sont un peu différents suivant que la maladie est primitive ou secondaire, ou plutôt il résulte de la description donnée par les auteurs, et surtout par MM. Rilliet et Barthez, qui ont insisté sur cette distinction, que, dans la méningite aiguë secondaire, plusieurs symptômes sont masqués par la maladie, dans le cours de laquelle se développe cette inflammation des méninges.

Début. La céphalalgie, les vomissements, sont les symptômes qui marquent le plus particulièrement le début de la maladie lorsqu'elle est *primitive.* Dans le cas contraire, le début peut être très insidieux, et l'on ne s'aperçoit de l'existence de la maladie que lorsqu'elle a fait de grands progrès, et lorsque les symptômes cérébraux ont pris une grande intensité.

Symptômes. — Méningite primitive. La *céphalalgie* est toujours très prononcée et apparaît dès le début. Elle est violente, continue, avec des exacerbations plus ou moins intenses et plus ou moins rapprochées. Elle arrache fréquemment des cris aux malades, et surtout aux enfants. Les sujets s'en plaignent spontanément ; ils disent que tout leur mal est dans la tête, et lorsqu'on leur demande de préciser le point où se fait sentir la douleur, ils portent leur main au front. Ils se plaignent de cette douleur jusqu'au moment où ils perdent connaissance ou tombent dans le coma.

L'*intelligence* est très promptement pervertie dans la très grande majorité des cas. Il y a d'abord une *agitation* extrême, bientôt suivie d'un *délire* aigu, violent, parfois furieux. Les malades sortent de leur lit, veulent se jeter par la fenêtre, etc. Puis survient une *somnolence* qui alterne souvent avec le délire, et enfin on observe le *coma* profond ou une *perte* complète de *connaissance.*

Les *yeux,* dès les premiers jours, sont sensibles à la lumière : il y a de la *photophobie;* puis les *pupilles* sont presque toujours dilatées ; parfois, au contraire, elles sont contractées ou déformées. Elles deviennent immobiles, et, chez quelques sujets, la *vision* est complétement abolie. On observe assez fréquemment du *strabisme*, surtout chez les enfants.

Du côté du *mouvement*, on ne trouve ordinairement rien de bien remarquable dans les premiers temps de l'affection. Seulement, lorsque les malades se lèvent, ils sont chancelants sur leurs jambes et tombent fréquemment. Plus tard, on observe de la roideur, des contractions spasmodiques, des convulsions; mais ces symptômes ne sont pas constants. Vers la fin de la maladie seulement, le tremblement des tendons, la carphologie, des mouvements convulsifs sont des phénomènes généralement constatés. Il est rare qu'on note la roideur partielle d'un membre, et plus

encore la paralysie. Cependant on a cité quelques faits de ce genre ; mais il est démontré que, dans la plupart des cas, il y avait une lésion du cerveau, et tout porte à croire qu'il en était ainsi dans les autres.

On a maintes fois signalé l'abolition de la *sensibilité*, soit dans tout le corps, soit dans une plus ou moins grande partie de son étendue ; quelquefois, au contraire, cette sensibilité est exagérée, au moins durant un certain temps.

Pendant que ces symptômes se produisent, on observe du côté de la *face* des phénomènes qui sont loin d'être sans intérêt. La face est d'abord animée, les yeux sont hagards et brillants ; mais cet état ne se montre pas toujours, et, dans tous les cas, il est bientôt remplacé par des alternatives de coloration rouge ou violette, et de pâleur plus ou moins intense. Tantôt les traits de la face sont contractés, grimaçants ; tantôt ils sont détendus. Il y a, sous ce rapport, des alternatives fréquentes et variées. Les *yeux* expriment d'abord l'égarement, l'effroi, la fureur, puis ils deviennent hébétés, et il n'est pas rare, vers la fin de la maladie, de les trouver vitrés et sans expression. MM. Rilliet et Barthez les ont vus d'abord cernés, puis profondément excavés. Les mêmes auteurs ont noté un *rire* inintelligent, et ils ont trouvé chez leurs malades les *narines* sèches, et les lèvres pâles et sèches.

Du côté du *tube digestif*, le symptôme le plus remarquable, sans contredit, consiste dans les *vomissements* ; ils sont ordinairement *bilieux*, fréquents, abondants ; ils cessent habituellement après un ou deux jours de durée de la maladie ; mais il n'est pas très rare de les voir se prolonger jusqu'à la fin, soit d'une manière continue, soit en laissant plusieurs intervalles de plus ou moins longue durée. La *langue* est ordinairement sèche, souvent rouge ou couverte d'un enduit de couleur variable. La *constipation* est un des symptômes les plus fréquemment observés ; elle se montre ordinairement dès le début, et quelquefois elle précède de quelque temps l'apparition des autres symptômes. Cependant MM. Rilliet et Barthez l'ont vue manquer quatre fois sur six ; mais les autres auteurs sont si unanimes sur ce point, et le nombre des cas observés par MM. Rilliet et Barthez est si peu considérable, que, jusqu'à nouvel ordre, on ne peut s'empêcher de lui donner une assez grande importance. Quelquefois on observe de la diarrhée ou des alternatives de diarrhée et de vomissement ; mais il faut prendre garde d'attribuer à la maladie ce qui n'est qu'un effet du traitement par les purgatifs ou le résultat d'une complication, et l'on sait combien l'étude superficielle de cette affection peut prêter à cette méprise. MM. Rilliet et Barthez ont noté la *rétraction du ventre* dans le cas de méningite primitive dont il s'agit ici.

Les deux auteurs que je viens de citer ayant fixé leur attention sur l'état de la *respiration* plus que ne l'ont fait les autres, je vais citer ce qu'ils disent à ce sujet : « Les caractères et le nombre des inspirations se sont modifiés d'une manière sensible. Dans les méningites primitives, les inspirations ont été très variables en nombre, soit d'une manière absolue, soit d'un jour à l'autre ; mais, en général, *remarquablement irrégulières.* »

La *fièvre* est toujours notable dans la méningite aiguë primitive. Le pouls est accéléré, dur, résistant dans les premiers temps de la maladie. Aux approches de la mort, il devient serré, petit, irrégulier. En même temps on observe une chaleur notable de la *peau*, qui est remarquable aussi par sa sécheresse.

Méningite secondaire. Lorsque la méningite se développe dans le cours d'une autre maladie, et principalement dans le cours d'une fièvre typhoïde, ce qui est un cas bien plus rare que ne le croient beaucoup de médecins, la céphalalgie du début peut n'être pas observée, et l'on voit aussi manquer assez fréquemment les vomissements. Le dévoiement, s'il existe, n'est pas toujours remplacé par la constipation. Ce qu'il y a de plus remarquable dans cette invasion d'une nouvelle maladie, c'est le ralentissement et l'irrégularité de la respiration et du pouls, la pâleur et l'expression d'anxiété de la face, et l'agitation extrême qui précède le délire. Puis surviennent les autres symptômes précédemment décrits, qui persistent jusqu'à la mort.

Telle est la description de cette maladie. On voit que tout n'est pas encore dit sur elle ; ce qui tient évidemment à ce que, depuis qu'on a reconnu l'importance des distinctions établies plus haut, on n'a pas eu l'occasion d'étudier d'une manière attentive un assez grand nombre de cas de méningite simple aiguë. Aussi doit-on engager vivement les observateurs à ne laisser passer, sans en prendre une note exacte, aucun fait de ce genre ; car si l'on voulait chercher des matériaux dans les écrits antérieurs, on risquerait souvent de commettre des erreurs.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la méningite simple aiguë est continue ; elle présente, il est vrai, des exacerbations, mais on n'observe pas dans son cours ces rémissions si notables que nous trouverons dans la *méningite tuberculeuse*, et qui sont telles, qu'on pourrait croire à une guérison prochaine.

La *durée* de la maladie peut être très courte. MM. Rilliet et Barthez ont vu cette affection se terminer en trente-six heures. Généralement la durée n'est pas de plus de huit ou neuf jours quand la maladie se termine par la mort.

La question de la *terminaison* de la maladie n'est pas, il s'en faut, exempte de graves difficultés. Nous avons déjà vu plus haut qu'il est plusieurs maladies qui peuvent être prises et qui ont été prises pour des méningites, et nous allons revenir tout à l'heure, à propos du diagnostic, sur ce point important. Eh bien, ces difficultés sont plus grandes encore qu'on ne le croyait lorsque la méningite tuberculeuse fut décrite pour la première fois. Depuis lors, en effet, on a étudié d'autres maladies qui contribuent à rendre l'erreur plus facile encore : telles sont les hémorrhagies des méninges. Ce n'est donc qu'avec hésitation qu'on peut se prononcer sur la terminaison de la maladie, puisque les auteurs qui nous ont laissé des observations, ne connaissant pas ces causes d'erreur, n'ont pu les éviter.

Je crois que, de la très grande majorité des faits qui ont été publiés, on doit conclure que la mort est la terminaison ordinaire de la méningite simple aiguë bien confirmée. Suivant Guersant, il serait loin d'en être ainsi, car cet auteur dit : « La mort arrive dans le tiers des cas, au moins, si la maladie règne d'une manière épidémique; la maladie sporadique est peut-être un peu moins meurtrière. » Il est fâcheux que nous ne connaissions pas les faits sur lesquels sont fondées ces deux propositions beaucoup plus consolantes que l'opinion généralement admise. Ce qui me fait croire que les progrès de la pathologie doivent malheureusement les modifier, et que telle a été sans doute plus tard la manière de voir de Guersant, c'est : 1° qu'il cite des faits de terminaison de la maladie par le passage à l'état

chronique, et dans lesquels on peut aussi bien croire que la maladie était un épanchement sanguin, semblable à ceux qui se terminent par une espèce particulière d'hydrocéphale, qu'une véritable méningite; 2° que, d'un autre côté, plusieurs histoires d'épidémie, abstraction faite des épidémies de méningite cérébro-spinale, que nous considérons à part, ont été rapportées par des auteurs antérieurs aux dernières découvertes surles maladies cerébrales, et peuvent contenir les plus graves erreurs. 3° Enfin, et c'est une remarque qui est bien loin d'être sans valeur, tous ceux qui ont fait de nombreuses autopsies savent qu'on trouve bien rarement des adhérences des membranes cérébrales, sans qu'on en ait la raison, dans une lésion du cerveau, dans des traces d'hémorrhagie antérieure, dans des lésions des os du crâne, etc. ; or, en serait-il ainsi s'il existait réellement des cas assez nombreux de méningite dont les deux tiers se termineraient par la guérison ?

§ V. — Lésions anatomiques.

Comme pour la plupart des maladies encéphaliques, ce sont les lésions anatomiques qui ont été le mieux étudiées ; mais pour nous, il suffira d'une énonciation rapide des principales altérations qui servent à caractériser la méningite simple aiguë.

On trouve, lorsque la maladie a été bien caractérisée, un liquide purulent sur la surface de l'arachnoïde, ou dans les mailles de la pie-mère, ou dans ces deux endroits à la fois. Ce pus, plus ou moins abondant, est blanc, blanc jaunâtre, jaune. Lorsque le malade a succombé au bout de très peu de jours, il est ordinairement liquide ; plus tard, on le trouve concret et commençant à se former en fausse membrane sur l'arachnoïde, ou remplissant les mailles de la pie-mère à la manière d'une substance demi-solide. Il faut bien prendre garde, dans ce dernier cas, de confondre cette substance purulente avec la matière concrète que l'on trouve dans la méningite tuberculeuse.

La pie-mère est injectée et adhère fréquemment à la substance cérébrale; quant à l'arachnoïde, elle est parfois épaissie, opaque, plus ou moins friable, mais il n'est pas rare de la trouver intacte, car c'est ordinairement au-dessous d'elle que se montrent les principales traces d'inflammation. Dans les ventricules néanmoins on a vu cette membrane granuleuse, rugueuse, ayant perdu complétement son poli.

La substance cérébrale se présente avec ses caractères normaux, lorsque l'affection est simple; il est très rare même que l'inflammation des membranes se communique au cerveau, tandis que l'on voit fréquemment l'inflammation cérébrale, lorsqu'elle est superficielle, se propager à la portion des méninges qui recouvre les parties malades; mais c'est un point sur lequel je reviendrai plus tard.

Telles sont les lésions essentielles de la méningite simple aiguë. Je pourrais mentionner encore l'extension de l'inflammation aux tissus de la dure-mère, et quelques lésions inflammatoires dans des organes plus ou moins éloignés du siége principal de la maladie, mais ces détails n'auraient qu'un intérêt très secondaire.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic*, ainsi que je l'ai dit plus haut, présente des difficultés incontestables; malheureusement les auteurs qui ont étudié exactement la méningite simple aiguë ont un peu négligé ce point de son histoire : il est à regretter en particulier que Guersant, qui a si bien établi les différences entre cette méningite et la méningite tuberculeuse, ait réuni ces deux affections dans la comparaison qu'il en a faite avec la fièvre typhoïde.

La première chose à faire est de distinguer, comme l'a fait Guersant, la méningite simple aiguë de la *tuberculisation des méninges*. Or voici comment on arrive à cette distinction. Dans les cas où les symptômes cérébraux sont dus à cette dernière affection, un interrogatoire attentif fait le plus souvent constater l'existence de symptômes antécédents qui se rapportent aux tubercules pulmonaires. Cette circonstance, quoique n'étant qu'une simple présomption, a néanmoins un intérêt réel. Tous les auteurs ont constaté que, dans la méningite simple aiguë, les symptômes du commencement de la maladie se présentent avec beaucoup plus d'intensité et d'une manière plus nette. C'est d'abord une céphalalgie des plus violentes, avec chaleur de la tête, injection de la face, photophobie; puis un délire violent, etc. Les vomissements eux-mêmes sont généralement plus fréquents et plus abondants; la fièvre surtout est remarquable en ce qu'elle se manifeste dans tous les temps de la maladie, tandis que, comme nous le verrons plus loin, le mouvement fébrile se montre seulement dans les derniers jours de la méningite tuberculeuse, et que, dans les commencements de cette maladie, il y a plutôt ralentissement du pouls et refroidissement de la peau. De plus, dans la méningite tuberculeuse, le pouls est bien plus fréquemment irrégulier, ainsi que la respiration. On trouve moins souvent, dans la méningite simple aiguë, des troubles du mouvement et du sentiment que dans la méningite tuberculeuse.

Enfin, et c'est là une remarque de la plus haute importance, la marche de la maladie est fort différente dans les deux cas. Nous avons vu que la méningite simple aiguë fait rapidement des progrès, et que les symptômes se succèdent dans un certain ordre et dans un intervalle de temps généralement fort court. Dans la tuberculisation des méninges, au contraire, on voit fréquemment une céphalalgie, incommode surtout par sa persistance et son opiniâtreté, exister pendant plusieurs jours avec un état de malaise mal défini par les malades; puis surviennent les divers symptômes caractéristiques : vomissements, constipation, stupeur, etc.; et enfin, ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que, dans presque tous les cas, on voit, pendant un temps plus ou moins long, ces symptômes se suspendre presque complétement, le malade recouvrer sa connaissance, la céphalalgie s'apaiser, etc., jusqu'à ce qu'il y ait une recrudescence du mal qui emporte le malade. Or c'est ce que nous ne voyons pas dans les observations de méningite simple aiguë qui ont été publiées; et, comme je l'ai dit plus haut, s'il existe quelques exacerbations, les intervalles n'en sont pas moins marqués par une assez grande violence de la maladie.

La confusion de cette maladie avec la *fièvre typhoïde* a été longtemps, ainsi que je l'ai déjà dit, un fait presque inévitable; non, sans doute, que l'on ne re-

connût pas la méningite, mais parce que l'on prenait très fréquemment des fièvres typhoïdes avec délire, somnolence, coma, pour de véritables méningites. On distinguera ces deux affections aux signes suivants : Quoique la céphalalgie puisse être vive au début de la fièvre typhoïde, elle est cependant moins intense et n'attire pas aussi exclusivement l'attention du malade. Les vomissements, au début, se montrent rarement, et dans les cas où il en existe, ils ne sont ni fréquents, ni persistants, ni abondants, comme dans la méningite. Du côté du tube digestif, on trouve des différences notables : dans la fièvre typhoïde, ce sont des douleurs de ventre, de la diarrhée, du météorisme ; dans la méningite, au contraire, on trouve le ventre indolent, avec sa forme naturelle, ou rétracté, avec une constipation opiniâtre. Le gonflement de la rate et les épistaxis sont encore des signes propres à la fièvre typhoïde.

Tels sont les principaux signes distinctifs qu'il faut avoir présents à l'esprit, car ce sont ceux qui servent à établir le diagnostic dans les premiers jours de la maladie. Plus tard les différences deviennent de plus en plus grandes, et la difficulté diminue notablement. Dans la fièvre typhoïde, on voit apparaître les taches rosées lenticulaires, les *sudamina ;* le pouls reste ordinairement régulier et ne présente qu'une accélération plus ou moins grande ; on n'observe ni paralysie, ni contracture, et l'indication de ces signes est suffisante pour le lecteur.

Je ne pousse pas plus loin ce diagnostic différentiel, parce que, dans le cours de ce chapitre, j'aurai à y revenir à l'occasion de quelques autres affections cérébrales.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la méningite simple aiguë et de la tuberculisation des méninges* (méningite tuberculeuse).

MÉNINGITE SIMPLE AIGUE.	TUBERCULISATION DES MÉNINGES (*méningite tuberculeuse*).
Pas de symptômes antécédents.	*Symptômes antécédents de tubercules.*
Symptômes du début *plus violents*, *plus nets*, *mieux caractérisés*, surtout dans la méningite primitive.	Symptômes du début ordinairement *moins violents*, se produisant lentement, souvent insidieux.
Délire violent *très promptement établi*.	Délire moins violent, souvent tranquille, *se produit plus tard*, et arrive moins rapidement à son summum.
Céphalalgie *très vive ;* injection de la face, photophobie, etc. : *ces symptômes sont frappants.*	Ces symptômes manquent parfois, surtout au début ; ils sont presque *toujours moins frappants.*
Vomissements *plus fréquents*, *plus abondants.*	Vomissements *moins fréquents*, *moins abondants.*
Pouls *plus accéléré*, plus fort, *moins irrégulier.*	Pouls souvent *ralenti* au début ; beaucoup *plus irrégulier.*
Marche continue, *sans rémission notable*, durée *courte.*	Marche continue, mais ordinairement *avec une rémission très notable ;* durée beaucoup *plus longue.*
La maladie *peut régner épidémiquement* (Rilliet).	Maladie *sporadique.*

2° *Signes distinctifs de la méningite simple aiguë et de la fièvre typhoïde.*

MÉNINGITE SIMPLE AIGUE.	FIÈVRE TYPHOÏDE.
Céphalalgie généralement *plus violente* et *plus persistante*.	Céphalalgie généralement *moins violente* et *moins persistante*.
Vomissements *fréquents*, abondants, *persistants*.	Vomissements *rares*, *peu persistants*.
Ventre *indolent*, *bien conformé* ou rétracté.	Ventre ordinairement *douloureux*, tendu, *météorisé*.
Constipation opiniâtre.	*Diarrhée* plus ou moins abondante.
Ni gonflement de la rate, *ni épistaxis*.	Rate *tuméfiée* ; *épistaxis*.
Pas de taches rosées ni de *sudamina*.	*Taches rosées* ; *sudamina*.
Pouls *irrégulier*, *inégal*.	Pouls seulement *accéléré*.
Dans les derniers temps, *paralysie*, *contracture*, *mouvements convulsifs*, etc.	*Ni paralysie*, *ni contracture*, *ni convulsions dans les cas ordinaires*.

Pronostic. Ce que j'ai dit à propos de la terminaison de la maladie me dispense d'entrer dans de grands détails relativement au pronostic. Je dirai seulement qu'il est fort grave, de l'avis de tous les observateurs.

§ VII. — Traitement.

Ce qui prouve que l'opinion précédente sur la très grande gravité de la maladie n'a rien d'exagéré, c'est le peu de confiance que tous les auteurs nous montrent dans l'efficacité des moyens thérapeutiques ordinairement mis en usage. On trouve, du reste, le même traitement appliqué à un bon nombre de maladies différentes des méninges et du cerveau, ainsi que nous le verrons plus loin.

Le *traitement antiphlogistique*, — consistant dans des *saignées générales* plus ou moins répétées et des applications de *sangsues* plus ou moins multipliées derrière les oreilles, sur les côtés du cou, ou de *ventouses scarifiées* à la nuque, sur le cuir chevelu ; dans l'application de compresses trempées dans un *liquide froid*, de la *glace* sur la tête ; dans l'*irrigation* continue sur la tête, — est de tous les traitements celui qu'on a le plus universellement recommandé.

Viennent ensuite les *purgatifs* plus ou moins violents, destinés à opérer une dérivation sur le tube intestinal. On a surtout employé le *calomel* à dose purgative (25, 40 ou 50 centigrammes, suivant l'âge), l'*huile de ricin*, qui, chez les enfants, est très difficilement acceptée ; les *sels neutres*, etc.

Iode. Sous le titre d'hydrocéphale aiguë, M. le docteur Copeman (1) a rapporté un cas de guérison obtenu à l'aide de l'*iode ;* mais le diagnostic ne me paraît pas suffisamment établi. Il s'agit d'un enfant de six ans qui eut des symptômes qu'on peut parfaitement rapporter à une fièvre typhoïde ; les seuls qui paraissent appartenir à la méningite sont la surdité et la cécité ; mais il n'y eut ni convulsions ni paralysie, et la cécité pouvait dépendre de l'extrême dilatation des pupilles. Quoi qu'il en soit, le traitement consistait dans l'administration de la *solution iodurée de M. Lugol*, à la dose de cinq gouttes toutes les quatre heures. Ce médicament fut continué pendant quelques jours après l'amélioration, qui fut prompte.

Des *applications irritantes* aux extrémités, comme les *pédiluves sinapisés*, les *sinapismes* aux jambes, sont d'un usage journalier.

(1) *Provincial medical and surgical Journal*, 1848.

Les *vésicatoires* sont appliqués dans des points très opposés. Tantôt, en effet, on les place aux mollets, ou aux cuisses, dans le but d'agir de la même manière qu'avec les sinapismes, mais avec plus de force; tantôt on prescrit de les appliquer sur le siége même du mal. Je pense qu'on doit être sobre de pareils moyens dans cette maladie, qui est une affection fébrile. J'ai fait connaître ailleurs les raisons qui me font regarder comme un abus très grave l'emploi si fréquent des vésicatoires dans les maladies aiguës; qu'il me suffise de rappeler ici que ma conclusion était que, dans beaucoup de cas, on accélère la marche de la maladie vers une terminaison fatale, et dans presque tous on fait éprouver au malade des douleurs inutiles.

On a cité des cas où des *affusions froides* sur le corps ont été suivies de guérison, mais ces cas ont été recueillis à une époque où le diagnostic était encore moins précis qu'aujourd'hui. Cependant ce moyen me paraît devoir être signalé.

Les *frictions mercurielles* sur les côtés du cou et sur la tête préalablement rasée comptent aussi parmi les remèdes recommandés. Sur cinq cas traités par M. le docteur Golfin (1) par les *frictions mercurielles*, trois se sont terminés par la guérison, bien que la maladie fût parvenue à sa dernière période. Les symptômes rapportés par M. Golfin sont ceux de la méningite aiguë, et par conséquent ces faits doivent être pris en grande considération. N'oublions pas toutefois que dans les cas de ce genre le diagnostic est bien difficile.

On a beaucoup parlé d'un moyen particulier qui consiste dans la *compression des carotides*, et qui a été proposé par le docteur Blaud, de Beaucaire (2). Voici les deux procédés qui, suivant cet auteur, peuvent servir à cette compression :

COMPRESSION DES CAROTIDES.

1° On peut exercer la compression des carotides en les rapprochant l'une de l'autre, et en les appuyant fortement contre la partie inférieure des régions latérales du larynx, avec le pouce et l'index chez les enfants, avec le premier de ces doigts et celui du milieu chez les adultes.

2° On peut encore comprimer les carotides, d'avant en arrière, avec le pouce et l'index, ou avec le pouce et le doigt du milieu, ou bien avec ce dernier et l'index, et en prenant le point d'appui sur la colonne vertébrale.

Le premier procédé peut être employé lorsque le malade est maigre, que les carotides sont très apparentes, faciles à saisir, ou que le larynx est peu proéminent; le deuxième est applicable aux individus gras, dont les carotides sont entourées d'un tissu cellulaire très abondant.

On trouve dans les recueils de médecine un certain nombre d'observations lesquelles on voit la guérison succéder à l'emploi de ce moyen mécanique; mais, il faut toujours le répéter, l'incertitude du diagnostic, dans un grand nombre de cas, leur ôte beaucoup de leur valeur. Voici, du reste, quelques considérations sur cette compression des carotides présentées par Parent-Duchâtelet et M. Martinet, d'après le docteur Blaud.

« Un effet constant de cette compression a été, disent-ils, une diminution très

(1) *La clinique de Montpellier*, 20 avril 1847.
(2) *Bibl. méd.*, t. LXII.

grande dans la force et la fréquence du pouls, ce qui a engagé M. Blaud à ne la jamais prolonger au delà de 50 à 60 secondes.

» Au reste, cette durée doit varier nécessairement beaucoup, suivant la constitution de l'individu et l'intensité des accidents. Chez un individu vigoureux, d'un tempérament sanguin, ayant le pouls fort, plein, bien développé, elle peut être prolongée plus longtemps que chez un sujet d'une constitution opposée; on doit aussi l'exercer pendant un temps plus long, lorsque l'engorgement cérébral est très considérable, que lorsqu'il est modéré.

» En général, il faut interrompre cette compression de temps à autre, et y revenir à plusieurs reprises, même lorsque le coma, la congestion faciale, et tous les autres accidents ont disparu. »

Parent-Duchâtelet et M. Martinet ne trouvaient pas qu'à l'époque où ils écrivaient les observations fussent assez nombreuses et assez concluantes pour pouvoir apprécier rigoureusement l'efficacité de ce moyen. On peut dire qu'aujourd'hui les choses en sont au même point; seulement il est permis de penser, relativement aux deux observations de M. Blaud citées par ces auteurs, qu'il s'agissait d'une simple congestion cérébrale et non d'une méningite.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA MÉNINGITE.

Le malade doit être placé dans une chambre bien aérée et d'une température modérée.

Il ne doit avoir autour du cou aucun lien qui puisse gêner la circulation, et ne doit pas être trop couvert.

On doit le placer dans une demi-obscurité, et autant que possible dans un profond silence.

Il est surtout très important de le coucher de manière que la tête soit beaucoup plus élevée que le tronc.

Le *régime* doit être sévère, et l'on administre des *boissons rafraîchissantes*.

Il serait inutile de donner un résumé de ce traitement, que nous retrouverons presque identique, comme je l'ai dit plus haut, dans plusieurs autres affections cérébrales.

ARTICLE III.

MÉNINGITE SIMPLE CHRONIQUE.

Suivant Guersant (1), il faut établir une distinction importante entre la méningite chronique avec aliénation mentale et celle qui est sans aliénation : rien n'est plus vrai; mais en lisant la description que cet auteur nous a donnée de la première de ces deux espèces, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'il ne s'agit d'autre chose que de la maladie décrite dans le même ouvrage par M. Calmeil sous le nom de *paralysie générale des aliénés*. Or, l'usage est de présenter l'histoire de cette affection en traitant de la *folie*, et je crois utile de le suivre, afin de pouvoir présenter dans un ensemble complet les diverses affections qui se rapportent à l'aliénation mentale. Il ne sera donc question ici que de la méningite simple chronique.

(1) *Dict. de méd.*, art. MÉNINGITE.

Nous n'avons sur cette maladie que les données les plus vagues et les plus incomplètes, et à peine me sera-t-il permis d'en dire quelques mots. Je ne peux, du reste, mieux faire, pour justifier le peu d'extension que je donne à cet article, que de citer le passage suivant de Guersant.

« Les caractères physiologiques de la méningite chronique simple sans aliénation mentale sont, dit-il, encore fort peu connus, et à peine indiqués dans quelques observations éparses recueillies dans les hôpitaux. L'*abattement*, la *somnolence*, les *convulsions* sont les seuls symptômes cérébraux que j'aie remarqués dans les trois ou quatre cas qui se sont offerts à mon observation; encore faut-il considérer que les sujets de ces observations étaient de jeunes enfants affectés d'ailleurs d'entérite chronique et de pneumonie lobulaire, et les seuls symptômes cérébraux que j'aie pu rattacher à la méningite chronique *pouvaient tout aussi bien tenir à une simple réaction sympathique* de la maladie gastro-intestinale et pulmonaire sur le cerveau, qu'à la lésion matérielle des méninges que nous avons trouvée à l'ouverture des corps. *Aussi la maladie n'avait-elle été soupçonnée dans aucun des cas, et n'a-t-elle été reconnue que par la nécropsie.* »

Il suffit de cette citation pour montrer combien cette maladie est peu connue; mais peut-être a-t-on eu tort, jusqu'à un certain point, de regretter, comme on l'a fait, l'état de nos connaissances à ce sujet; car il n'est nullement démontré que cette affection ne soit pas un des cas pathologiques les plus rares. Pour mon compte, je n'en ai jamais vu d'exemples, et je crois que beaucoup de médecins sont dans le même cas. Peut-être cependant pourrait-on arriver à quelques résultats utiles en étudiant les cas où la méningite chronique est la conséquence de lésions variées du cerveau ou du crâne.

Après ce qui précède, il suffit d'ajouter que les lésions observées par les auteurs sont des adhérences celluleuses, des collections séreuses, l'épaississement des méninges, leur adhésion au cerveau, etc.

ARTICLE IV.

TUBERCULISATION DES MÉNINGES (*méningite tuberculeuse*).

La tuberculisation des méninges, ou, suivant une expression plus fréquemment employée, la méningite tuberculeuse, est une affection dont on peut sans doute trouver quelque aperçu vague dans les auteurs qui nous ont précédés, mais qui est néanmoins une découverte de notre époque. L'honneur de cette découverte doit être rapporté à MM. Rufz (1) et Gherard, qui, observant ensemble à l'hôpital des Enfants, ont les premiers établi l'existence d'une maladie particulière, fréquente, emportant un nombre considérable de petits malades, et que jusque-là on avait plus ou moins complétement confondue avec d'autres affections cérébrales. Il faut néanmoins rendre cette justice à Guersant, que, dès l'année 1827, il avait trouvé dans certains cas de méningite quelques particularités notables dont il avait été frappé, au point de donner à cette espèce le nom de *méningite granuleuse*. Mais, ainsi qu'il le dit lui-même, il n'avait pas osé encore considérer à cette époque ces granulations comme de véritables tubercules. Ce n'est que plus tard que Dance

(1) *Arch. gén. de méd.*, 2e série, t. I, p. 184.

compara ces granulations aux tubercules miliaires qu'on retrouve dans les plèvres et le péritoine (Guersant, *loc. cit.*), et néanmoins tout restait encore à peu près à faire. Ce qui le prouve, c'est que dès que MM. Rufz et Gherard ont fait connaître le résultat de leurs recherches, il y a eu une espèce de révolution dans la pathologie cérébrale considérée principalement chez les enfants. Dès lors les choses les plus difficiles à concevoir sont devenues faciles pour tout le monde, on a eu la clef de tant de discussions interminables sur la nature de l'hydrocéphale aiguë, sur la fièvre cérébrale, etc.; enfin, on a pu retrouver dans les auteurs des observations qui, incomplétement comprises, avaient été le sujet de distinctions erronées : c'est ainsi, par exemple, qu'on a pu rattacher à cette méningite tuberculeuse récemment découverte, l'*arachnitis de la base*, sur laquelle Parent-Duchâtelet et M. Martinet avaient tant insisté.

On ne saurait donc hésiter un seul instant à reconnaître que MM. Rufz et Gherard ont signalé une maladie qui, malgré les vagues indications mentionnées plus haut, était encore inconnue. Après ces deux habiles observateurs, les faits se sont multipliés et sont venus confirmer ce qu'ils ont avancé, en modifiant seulement, comme c'était inévitable, certains points de leur description qui demandaient un plus grand nombre d'observations pour être complétement éclairés. Je citerai en particulier, parmi les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, MM. Piet (1), Becquerel (2), Legendre (3), Rilliet et Barthez (4), Lediberder (5).

On peut dire, après avoir lu les recherches de ces auteurs, qu'il y a peu de maladies qui aient été mieux étudiées que la tuberculisation des méninges, et par conséquent nous pouvons en donner une description exacte et complète.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Cette maladie est caractérisée anatomiquement, non par une altération de l'arachnoïde, comme on l'avait cru d'abord, mais par une lésion de la pie-mère ; elle consiste dans des symptômes cérébraux intenses dus à la formation de granulations tuberculeuses dans cette dernière membrane et aux lésions inflammatoires consécutives. Nous verrons plus loin comment on a démontré que ces granulations sont réellement de nature tuberculeuse.

L'affection a encore reçu les noms de *méningite tuberculeuse*, *méningo-encéphalite tuberculeuse*, *méningite granuleuse*, *affection tuberculeuse aiguë de la pie-mère*. Il est aujourd'hui démontré que c'est elle qui existait dans la grande majorité des cas désignés sous les noms d'*hydrocéphale* ou *hydrocéphalie aiguë*, et qu'on doit lui rapporter les cas regardés par Parent-Duchâtelet et M. Martinet comme des *arachnitis de la base*, et beaucoup de ceux auxquels on donnait le nom de *fièvre cérébrale*.

Le grand nombre d'observations qu'ont pu recueillir en peu d'années les auteurs cités plus haut prouve que cette affection est loin d'être rare. Nous allons voir qu'elle sévit principalement chez les enfants.

(1) *Thèse inaugurale*, et *Gaz. méd.*
(2) *Rech. clin. sur la méningite des enfants.* Paris, 1838.
(3) *Rech. anat., path. et clin. sur quelques maladies de l'enfance*, Paris, 1846 : *Étude sur les deux formes de la méningo-encéph. tuberc.*
(4) *Traité des maladies des enfants*, t. III.
(5) *Thèse inaugurale.*

§ II. — Causes.

Parmi les causes, celles qui ont pu être étudiées avec le plus de fruit sont les causes prédisposantes ; les causes occasionnelles ont, au contraire, presque toujours échappé à l'investigation.

1° Causes prédisposantes.

Age. Les enfants, disent MM. Rilliet et Barthez, qui ont fait des recherches exactes sur ce point, sont sujets à la méningite tuberculeuse, principalement à l'âge de six à dix ans ; puis par ordre de fréquence : de trois à cinq ans, de onze à quinze ans, et enfin de un à deux ans. Chez les adultes, les recherches de M. Lediberder, dont j'ai donné ailleurs le résumé (1), ainsi que les faits publiés depuis, ont fait voir que cette affection est surtout fréquente de dix-sept à quarante ans, c'est-à-dire à l'époque de la plus grande fréquence de la phthisie pulmonaire.

Sexe. MM. Rilliet et Barthez ont trouvé beaucoup plus souvent la tuberculisation des méninges chez les garçons que chez les filles ; mais ils conviennent que le nombre de leurs observations est trop peu considérable pour donner ce résultat comme définitif. Et, en effet, les observations de M. Pivent (2) semblent conduire à un résultat contraire ; car sur 40 cas, il a trouvé 27 filles et 13 garçons. Chez les adultes, j'ai vu les hommes plus fréquemment atteints de cette affection que les femmes.

Constitution ; tempérament. Il est évident que la plupart des sujets affectés de tuberculisation des méninges doivent avoir une constitution débile, parce que les progrès de la phthisie pulmonaire, dans le cours de laquelle elle se développe, ont nécessairement détérioré l'organisme ; mais, si l'on fait abstraction de ces causes, et si l'on n'a égard qu'à ceux où la maladie surprend les enfants dans un état de bonne santé apparente (et l'on sait qu'ils ne sont pas rares), on ne voit ordinairement dans la constitution aucun signe de faiblesse. On a signalé le *tempérament lymphatique* comme favorisant le développement de la méningite tuberculeuse, ainsi qu'on l'a fait pour la production des tubercules en général.

Saisons. D'après les recherches de MM. Piet, Rilliet et Barthez, la maladie s'est montrée le plus fréquemment au printemps.

Maladies antérieures. On a vu l'affection se déclarer, dans un certain nombre de cas, à la suite d'une rougeole, ou d'une autre affection fébrile, ou après la suppression d'un exanthème ; mais ces causes, dont nous avons déjà signalé les premières en parlant de la *phthisie*, peuvent être regardées aussi bien comme occasionnelles que comme prédisposantes. On ne les a, d'ailleurs, pas notées fréquemment.

2° Causes occasionnelles.

« On a, disent MM. Rilliet et Barthez, rangé parmi les causes de la méningite tuberculeuse l'*insolation*, la *frayeur*, un *accès de colère*, une *chute*, des *coups sur la tête*, la répercussion des maladies du cuir chevelu ; mais ces accidents, comme

(1) Voy. *Arch. gén. de méd.*, janvier 1838 : *De la méningite tuberculeuse chez l'adulte.*
(2) Thèse, Paris, 1852.



tous ceux du même genre, ne peuvent être regardés que comme ayant déterminé la naissance d'une phlegmasie déjà imminente. » Je dirai plus : il me paraît certain que, dans un bon nombre de cas, il n'y a eu que de simples coïncidences.

Voilà, du reste, tout ce que nous pouvons dire relativement aux causes occasionnelles, dont on ne peut observer aucune apparence dans le plus grand nombre des cas.

3° Conditions organiques.

Un point sur lequel il faut particulièrement insister, c'est que les granulations tuberculeuses de la pie-mère se produisent chez des sujets qui ont également des *tubercules dans les poumons*. Cette règle ne souffre aucune exception dans la tuberculisation des méninges chez l'adulte. Tous les sujets qui avaient passé l'âge de l'enfance, et dont nous connaissons l'observation, étaient *phthisiques*. Chez les enfants, nous trouvons la même coïncidence dans l'immense majorité des cas. Ainsi, sur vingt-huit cas observés par M. Legendre, une fois seulement il n'y avait pas de tubercules dans les poumons, et malheureusement l'auteur ne dit pas si, chez ce sujet, les ganglions bronchiques en étaient également exempts. Sur dix-sept cas, M. Becquerel n'en a aussi trouvé qu'un seul dans lequel le poumon ne présentât pas de tubercules ; mais, dans ce cas, il y avait eu les symptômes de la tuberculisation des méninges, sans qu'on en trouvât les lésions à l'autopsie ; et c'est un point sur lequel je devrai revenir plus tard. Enfin, dans onze cas observés par M. Pivent (1), on trouvait dix fois des tubercules dans les poumons ; dans le onzième cas, les ganglions bronchiques et mésentériques étaient tuberculeux. On le voit donc, ces exceptions même n'ont pas toute la valeur qu'on pourrait leur supposer au premier abord, et, par conséquent, c'est un fait parfaitement établi que la tuberculisation des membranes du cerveau coïncide avec celle des poumons.

Maintenant peut-on dire que, même pendant l'enfance, la méningite tuberculeuse se développe chez les *phthisiques;* qu'elle n'est, en d'autres termes, qu'une lésion secondaire, qui, par la rapidité avec laquelle elle marche et emporte le sujet, prend bientôt le premier rang? M. Legendre est le seul, à ma connaissance, qui ait élevé des objections à cet égard. Pour lui, la méningite tuberculeuse qui se développe au milieu d'une bonne santé apparente, et après la terminaison funeste de laquelle on ne trouve dans le poumon que quelques granulations tuberculeuses, est une affection qui ne s'est pas développée chez des phthisiques ; il pense que, en pareil cas, il y a eu une tuberculisation générale qui s'est manifestée en même temps, et dans les poumons, et dans les membranes du cerveau, et dans plusieurs autres organes. On voit que c'est encore là la même question que j'ai été obligé de discuter à propos des granulations tuberculeuses du péritoine.

Je ne crois pas que l'opinion de M. Legendre soit admissible, et je pense que l'on doit regarder la tuberculisation des méninges comme une affection *propre aux phthisiques*. Nous avons vu, en effet, que, dans presque tous les cas, les poumons ont présenté des tubercules, et si chez quelques enfants on ne trouvait ces productions morbides que dans les ganglions bronchiques, il ne faudrait pas oublier qu'à

(1) *Loc. cit.*

un âge peu avancé la tuberculisation de ces ganglions remplace en quelque sorte la phthisie pulmonaire. D'un autre côté, nous voyons, dans un très grand nombre de cas, la phthisie précéder d'une manière évidente la méningite tuberculeuse. En outre, nous connaissons la préférence marquée qu'ont les tubercules à se montrer dans les poumons. Enfin, et c'est là un point important, nous savons que, dans un bon nombre de cas, les renseignements sur l'état de santé antérieur des enfants, s'ils ne nous ont pas fait connaître l'existence évidente d'une phthisie pulmonaire, ont du moins révélé quelque trouble de la santé qui se rapporte plutôt à une lésion des poumons qu'à une altération de tout autre organe. Il est donc tout naturel, lorsqu'on trouve à la fois des tubercules dans les méninges et dans les poumons, de penser qu'ils se sont d'abord développés dans ces derniers organes; or, dès ce moment, les sujets étaient évidemment phthisiques, bien que dans un état de bonne santé apparente; puis les granulations tuberculeuses, s'étant emparées des méninges, ont, par une cause qu'il ne nous est pas ordinairement possible de découvrir, fait de grands progrès et emporté le malade. C'est ainsi que se passent les choses lors que nous pouvons suivre dans tous ses détails la marche de la maladie, et l'on ne voit pas pourquoi on supposerait qu'il en est autrement dans les cas où la phthisie pulmonaire a une marche très lente ou latente. Il peut y avoir quelques exceptions, mais elles ne sauraient détruire la règle.

Quant aux tubercules trouvés dans les autres organes, ils sont, comme la méningite elle-même, un résultat de la tuberculisation générale, qui succède à celle des poumons, et n'ont par conséquent pas d'importance en ce moment.

§ III. — Symptômes.

Pour la description des symptômes on a proposé plusieurs divisions. Guersant distingue trois périodes dans le cours de la maladie; M. Rufz n'en reconnaît que deux, et MM. Rilliet et Barthez se bornent à décrire successivement les symptômes fournis par les divers appareils, faisant remarquer que, au lit du malade, ces distinctions disparaissent souvent presque complétement, ce qui est exact d'une manière générale. Cependant il est certain qu'au début et à la fin de la maladie, il y a des symptômes dominants qui diffèrent sensiblement; aussi diviserai-je la maladie en deux périodes, et dirai-je un mot des autres divisions proposées, en parlant de sa marche dans le paragraphe suivant.

M. Legendre établit une distinction profonde entre les deux formes de la maladie qu'il a admises, et pour lui la différence fondamentale consiste en ce que, dans la méningite survenue chez les sujets dans un état de bonne santé apparente, l'explosion de cette maladie vient donner le premier éveil sur l'existence d'une tuberculisation générale, tandis que, dans celle qui se déclare chez des enfants malades, l'existence d'une phthisie, durant depuis plus ou moins longtemps, est un caractère essentiel qui la sépare de la précédente. De plus, ajoute cet auteur, il y a, suivant les cas, dans la dernière forme, des différences assez grandes dans la manifestation et la succession des symptômes pour qu'on puisse se croire autorisé à reconnaître d'assez nombreuses variétés. Les remarques de M. Legendre sont justes; mais il me paraît s'être un peu trop préoccupé de ces différences, qui ne changent pas assez la physionomie de la maladie pour qu'un observateur attentif

ne puisse la reconnaître facilement et en suivre les progrès. Il suffit, par conséquent, d'avoir signalé ces particularités, et je peux passer à la description des symptômes.

Début. Soit dans le cours d'une phthisie confirmée, ce qui s'observe constamment chez les adultes, soit dans un bon état de santé apparente, ce que l'on a noté plusieurs fois chez les enfants, on voit survenir une céphalalgie remarquable par sa persistance et généralement par sa violence. Puis on observe des vomissements, de la tristesse, un malaise général, et ces symptômes continuant ou prenant une plus grande intensité à mesure qu'il s'en montre d'autres, la maladie ne tarde pas à être confirmée. D'après MM. Rilliet et Barthez, la céphalalgie, chez les enfants, est bientôt accompagnée des autres symptômes ; mais il résulte des faits recueillis par M. Lediberder et de ceux que j'ai observés plus tard, que la méningite tuberculeuse peut être annoncée par une céphalalgie durant trois, quatre, cinq jours, et plus, avant qu'il survienne d'autres phénomènes qu'un malaise que les malades ne peuvent souvent pas définir. Dans quelques cas, au contraire, la céphalalgie, les vomissements, la constipation, l'agitation, la fièvre, se développent presque en même temps. Il y a de nombreuses nuances dans la manifestation de la maladie.

Symptômes. — Première période. Lorsque la maladie est confirmée, la *douleur* (céphalalgie) est encore, pendant un certain temps, un des symptômes les plus remarquables. Elle est ordinairement vive ; les malades s'en plaignent exclusivement ou presque exclusivement. Alors même qu'ils sont plongés dans la stupeur, si on leur demande où ils souffrent, ils portent la main à leur tête. Les enfants trop jeunes pour pouvoir répondre manifestent cette douleur en portant la main au front, en se prenant la tête avec les mains, en l'agitant à droite et à gauche.

La céphalalgie est ordinairement générale, quoique plus prononcée vers le front ; quelquefois elle occupe le sommet de la tête.

Cris hydrencéphaliques. M. Coindet a particulièrement signalé des cris aigus, douloureux, poussés par les enfants affectés d'hydrocéphale aiguë. Or nous savons maintenant que presque tous les cas désignés sous ce nom d'*hydrocéphale aiguë* doivent être rapportés à la tuberculisation des méninges ; aussi retrouvons-nous, dans cette affection, les *cris hydrencéphaliques.* On les a notés plus fréquemment chez les enfants que chez les adultes ; mais ils ne sont pas très rares chez ces derniers. Il n'est pas douteux qu'ils ne soient arrachés au malade par la violence de la douleur.

Les *facultés intellectuelles* restent néanmoins encore intactes ou presque intactes. Les malades répondent exactement et assez rapidement aux questions ; seulement ils ont un *assoupissement léger* dont il est très facile de les tirer : c'est le commencement de la somnolence, du coma, si remarquables dans la seconde période.

La *face* présente déjà à cette époque une altération assez marquée pour frapper l'observateur. Elle est pâle ; mais cette pâleur alterne presque toujours avec une rougeur subite qui paraît et disparaît rapidement à des intervalles plus ou moins rapprochés. Il y a dans le regard quelque chose d'étonné, de lent, qui est très remarquable.

Dans cette première période on ne trouve ni dans la *vision* ni dans l'état des *yeux*

rien d'important ; il en est de même relativement aux autres organes des sens.

Il est rare qu'il y ait des *convulsions* dès les premiers jours de la maladie. Cependant MM. Rilliet et Barthez en ont observé quelques exemples, mais le premier de ces observateurs a remarqué que dans les cas de méningite qui, à une époque rapprochée du début, présentaient ce symptôme, on avait ordinairement affaire à une méningite simple, et non à une méningite tuberculeuse. Les autres troubles de la motilité et de la sensibilité ne se montrent pas dans cette période ; nous les retrouverons plus loin.

Du côté du *tube digestif*, on observe les *vomissements* notés dès le début et qui se prolongent pendant deux ou trois jours, et quelquefois davantage. Ces vomissements sont signalés par les auteurs comme constants ; cependant j'ai cité un cas (1) remarquable également sous d'autres rapports, comme je l'indiquerai plus loin, dans lequel les vomissements ont complétement manqué. Ces vomissements sont ordinairement bilieux et au nombre de deux ou trois chaque jour.

La *constipation* est un symptôme extrêmement fréquent. MM. Rilliet et Barthez et les auteurs précédemment cités ont rapporté quelques cas où les selles étaient naturelles ou bien diarrhéiques ; mais ces cas sont exceptionnels. L'action de la maladie sur les évacuations alvines est telle, que, même chez les sujets atteints d'une diarrhée abondante, on peut la constater. On voit, en effet, en pareil cas, la constipation succéder au dévoiement, ou du moins les selles devenir notablement plus rares et moins liquides. Le *ventre* est, du reste, indolent et bien conformé, à moins de complication.

A cette époque de la maladie on n'observe rien de remarquable du côté de la *bouche*, et l'*haleine* ne présente rien de particulier. Il n'est pas très rare de voir, chez les enfants surtout, l'*appétit* conservé en partie pendant cette première période ; mais il est ordinaire aussi de les voir rejeter les aliments par le vomissement peu de temps après les avoir ingérés. La *soif* est nulle ou médiocre.

Une *faiblesse* assez marquée se manifeste chez tous les malades. Cependant elle n'est pas telle, dès les premiers jours, qu'ils soient obligés de garder le lit. Parmi les enfants, il en est beaucoup qui se lèvent tous les jours, quoique ayant une céphalalgie notable et des vomissements répétés, et les adultes, lorsque les progrès de la phthisie pulmonaire n'ont pas été assez considérables pour les forcer déjà à garder le lit, continuent souvent leurs occupations pendant quelque temps, quoiqu'ils ne se sentent plus disposés au travail et qu'ils se trouvent moins actifs que dans leur état de santé ordinaire.

L'état du *pouls* n'est pas le même chez tous les enfants, ni à toutes les époques de la maladie. Les observateurs récents ont remarqué que, chez les enfants atteints de méningite tuberculeuse dans le cours d'une bonne santé apparente, le pouls est accéléré dès le début. Chez ceux, au contraire, qui sont dans un état de phthisie assez avancé, le pouls reste normal ou perd de sa fréquence dans les premiers temps de la maladie. C'est ce qui est surtout remarquable chez les adultes ; car on voit chez eux le pouls rester normal pendant presque toute la durée de l'affection. Il y a cependant quelques exceptions à cette règle ; j'en ai cité un exemple dans l'observation que j'ai mentionnée plus haut. Le malade eut, en effet, dès le début

(1) *Note sur un cas de tubercules des méninges*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, juin 1846).

de la méningite, plus de 120 pulsations, et cet état du pouls dura jusqu'à la mort. Dans cette première période le pouls offre bien rarement cette irrégularité que nous trouverons vers la fin de la maladie, et lorsqu'il la présente, ce n'est jamais d'une manière aussi frappante. Enfin il est rare de trouver dans cette période le pouls dur et résistant comme dans tant d'autres maladies fébriles ; il est, au contraire, peu large et facile à déprimer.

De légers *frissons*, des *horripilations* ont été notés au début par Guersant ; mais c'est seulement dans les cas où la maladie commence avec une acuité inaccoutumée qu'on observe ces symptômes.

La *chaleur* de la peau correspond à l'état du pouls, c'est-à-dire qu'elle n'est pas augmentée dans les premiers temps de la maladie. Il en est de même des *sueurs*, dont je parlerai plus loin.

M. Trousseau attache une certaine importance à un phénomène assez curieux qui se produit dans la période d'invasion de cette affection ; il consiste en ceci : si l'on passe légèrement l'ongle sur la peau, au thorax ou à l'abdomen par exemple, on obtient presque aussitôt, à la place où le doigt a passé, une traînée d'un rouge vif, diffuse, qui reste pendant quelques minutes à l'état de ruban écarlate tranchant sur la peau blanc rosé qui est à côté et se dissipe ensuite peu à peu ; en pressant du bout du doigt, il se produit des taches analogues, que M. Trousseau appelle : *taches méningitiques*.

M. Troyes-Escounet (1), qui a observé à l'hôpital des Enfants, a retrouvé ce signe dans vingt cas de méningite tuberculeuse ; mais il les a aussi retrouvés dans certains cas de méningite simple, de pneumonie et de fièvre typhoïde ; de sorte que ce signe n'a pas, à beaucoup près, l'importance que lui avait d'abord attribuée M. Trousseau. Cependant M. Troyes-Escounet insiste, avec raison, sur la constance de ce signe dans la méningite, ce qui lui donnerait une certaine valeur.

C'est aussi dans la seconde période que se montrent les principaux troubles de la *respiration*. Dans celle dont nous nous occupons, au contraire, il est digne de remarque que la dyspnée, si elle existait, diminue notablement, ainsi que la toux. En ce moment les symptômes de phthisie pulmonaire sont notablement amendés, de telle sorte que, comme je l'ai fait remarquer ailleurs (art. des *Archiv.* cité plus haut), quand même l'attention ne serait fixée que sur les symptômes pectoraux, on s'apercevrait nécessairement d'un changement notable dans l'état du malade.

Tels sont les symptômes de la première période de la tuberculisation des méninges. Il ne faut pas croire néanmoins qu'ils se produisent toujours de la manière qui vient d'être indiquée. Il est certain qu'on les observe presque constamment réunis ; mais il est quelques cas où l'on en voit manquer un ou même plusieurs, et qui ne sont pas moins bien caractérisés. Ainsi un sujet déjà gravement malade au début de la méningite peut ne pas accuser de céphalalgie ; chez un autre on ne notera pas de constipation ; chez d'autres la fréquence du pouls sera tout d'abord très grande. Il faut connaître ces exceptions, et savoir que le diagnostic n'a pas toujours besoin, pour être solidement établi, de tout l'ensemble des symptômes qui néanmoins se montre le plus souvent, et est alors très remarquable.

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 mars 1852.

Deuxième période. Dans la deuxième période on observe des changements très notables dans les symptômes cérébraux : d'abord la *céphalalgie se dissipe*, ou du moins les malades ne s'en plaignent plus. Il y a peu d'exceptions à cette règle. Cependant on voit des sujets qui conservent jusqu'au dernier moment un certain degré de céphalalgie, et MM. Rilliet et Barthez ont cité des exemples de douleur de tête persistant jusqu'à la fin avec une assez grande violence.

Le *délire*, qui ne se montre au début que dans une faible minorité des cas, est un symptôme important de la deuxième période : MM. Rilliet et Barthez l'ont vu apparaître du cinquième au vingt-cinquième jour. Chez un tiers des sujets observés par eux, le délire a été violent, agité, bruyant, avec de fréquents changements de position. Plus souvent c'est un délire tranquille. Les malades, sans s'occuper de ce qui se passe autour d'eux, disent des paroles inintelligibles, et lorsqu'on les interroge, ils regardent avec étonnement, et leurs réponses sont incertaines.

La *somnolence* alterne avec le délire, de telle sorte que tantôt les sujets sont complétement assoupis, tantôt ils parlent seuls en délirant, et tantôt aussi, chez quelques uns, la somnolence est interrompue par un délire bruyant, par des cris, par de l'agitation, puis elle se reproduit pour être de nouveau interrompue plus tard de la même manière.

Survient ensuite un *coma* plus ou moins profond : le malade ne répond plus aux questions ; il n'a aucune conscience de ce qui se passe autour de lui. Cependant, par moments encore, le délire peut revenir et être aussi violent qu'avant l'invasion du coma. Ce dernier symptôme, du reste, ne se montre ordinairement que dans les derniers temps de la maladie.

A cette époque la *face* est plus constamment pâle. Souvent on observe des contractions involontaires des traits qui les font grimacer, et ces contractions alternent avec une immobilité, une stupeur profonde, qui est tellement remarquable que les observateurs qui se sont particulièrement occupés de la tuberculisation des méninges ont pu maintes fois reconnaître l'existence de l'affection à ce seul caractère. Par moments aussi la face exprime l'effroi, une vive anxiété, une douleur violente ; en général, elle présente des expressions très variées dans le cours de la maladie ; mais ce qui domine, c'est la stupeur.

Les *convulsions* constituent un des symptômes les plus fréquents de cette période, chez les enfants du moins, car chez les adultes elles ont bien moins d'importance. Ces convulsions sont tantôt très bornées (ainsi elles affectent les muscles du globe oculaire ou de la face), tantôt étendues aux membres, et plus rarement à tout le corps. Elles ont en général beaucoup moins d'importance que dans la *méningite simple aiguë*. Il en est de même de la *roideur* et de la *contracture* qui se montrent dans un certain nombre de cas, mais non dans tous, à beaucoup près, et seulement à une époque assez avancée de la maladie. Comme les convulsions, la roideur et la contracture occupent des parties très diverses. Nous verrons plus loin, en parlant de l'anatomie pathologique, à quelles lésions on peut rapporter ces symptômes.

La *paralysie* est également un symptôme bien digne de remarque, mais il n'est pas constant. Il est bien rare surtout qu'elle occupe une moitié du corps. M. Lediberder a néanmoins cité un exemple d'*hémiplégie* complète observée chez un

adulte, et d'autres auteurs (1) en ont vu de semblables chez des enfants. La paralysie est ordinairement très bornée : c'est ainsi qu'elle affecte les muscles de la mâchoire ; que la paupière supérieure s'abaisse involontairement ; que les mouvements de la langue deviennent difficiles ; qu'un côté de la face est frappé d'immobilité. C'est sur les muscles de la mâchoire qu'on observe le plus souvent la paralysie ; mais elle est ordinairement incomplète, et consiste plutôt dans une faiblesse excessive que dans une perte absolue des mouvements. Il est très rare de voir un membre paralysé.

M. le docteur Solari (2) a rapporté un cas dans lequel la céphalalgie fut bien remarquable, en ce sens que pendant un temps assez long elle a été à peu près le seul symptôme qui pût servir à caractériser la maladie. Mais un phénomène qui rendit ce cas bien plus curieux, fut une *paralysie de la langue* qui se montrait tout à coup pour disparaître dans la journée, et qui se reproduisait le lendemain à la même heure.

La *sensibilité* est quelquefois exaltée sur toutes les parties du corps, mais c'est dans une faible minorité des cas. J'ai chez quelques sujets observé un phénomène qui me paraît devoir fixer l'attention des observateurs, parce que je ne l'ai constaté dans aucune autre maladie où les articulations sont exemptes de toute altération. C'est une douleur vive, arrachant des plaintes aux malades lorsqu'on leur fait exécuter de grands mouvements des membres. Ce phénomène était des plus marqués chez une femme que j'ai observée à l'hôpital Beaujon. La douleur causée par ces mouvements se faisait sentir à la fois, et dans l'articulation fléchie ou étendue, et dans un point de la continuité du membre correspondant aux principales masses musculaires. Lorsque l'excès de la sensibilité occupe la surface cutanée, le moindre pincement est extrêmement douloureux.

Bien plus souvent la *sensibilité cutanée* est diminuée et même parfois abolie. C'est à une époque toujours avancée de la maladie que la sensibilité cutanée s'émousse ou est détruite.

Vers la fin de cette période, les *pupilles* se dilatent presque toujours et cessent plus ou moins d'être contractiles ; ce symptôme coïncide surtout avec l'apparition du coma. On voit aussi survenir très fréquemment un *strabisme* qui cesse par moments et se reproduit à des intervalles rapprochés. On a dit que la vue était abolie ; mais, comme je l'ai fait remarquer ailleurs, l'altération des facultés intellectuelles ne permet pas de s'assurer du fait d'une manière positive.

L'*ouïe* et l'*odorat* ne paraissent abolis que vers les derniers jours, ainsi que l'ont remarqué MM. Rilliet et Barthez. Du reste, la réflexion que j'ai faite à propos de l'abolition de la vision s'applique à l'abolition des autres sens.

Dans la seconde période, et principalement vers la fin, des *déjections alvines involontaires* remplacent presque toujours la constipation. Il est ordinairement bien difficile de savoir si la *diarrhée* qui existe alors s'est produite spontanément ou a été provoquée, parce que les purgatifs, dans cette affection, sont d'un usage général.

Dans les derniers jours, on observe ordinairement la *soif*, la *sécheresse de la langue*, les *fuliginosités des gencives*, etc., symptômes qui sont sous la dépendance

(1) Voy. Rilliet et Barthez, etc.
(2) *Historia de una meningo-encephalitis tuberculosa*. Lima, 1848.

du mouvement fébrile alors porté à un haut degré. Les vomissements, ainsi que nous l'avons vu plus haut, ont complétement disparu au commencement de cette période.

La *faiblesse* augmente sensiblement à mesure que la maladie fait des progrès, et à la fin elle devient extrême. Le *décubitus* est presque toujours dorsal, et la position des membres est abandonnée quand il n'y a ni roideur ni contracture.

Soit qu'il ait été accéléré dès le début, soit qu'il ait été normal ou ralenti, le *pouls* acquiert, dans les derniers temps, une fréquence qu'il n'avait pas encore présentée. Chez les adultes on le voit dépasser 120 et 130 pulsations, et les auteurs qui ont observé la méningite tuberculeuse des enfants ont signalé la fréquence extrême du pouls dans les derniers jours de l'existence. MM. Rilliet et Barthez ont compté jusqu'à 192 et 200 pulsations la veille ou le jour de la mort. A peine si, en pareil cas, on peut suivre les battements de l'artère. Tous les auteurs ont en outre noté l'*irrégularité du pouls*. Cette irrégularité est tellement variable, qu'elle est à peine susceptible de description. Qu'il me suffise de dire ici que cette irrégularité, facilement appréciable, peut paraître et disparaître d'un jour à l'autre, et quelquefois même dans la même journée. Parfois il y a une véritable *intermittence* après un certain nombre de pulsations, c'est-à-dire qu'à la suite de plusieurs battements, on sent qu'il en manque un, et que cela se renouvelle plus ou moins fréquemment.

Une faiblesse très grande, une petitesse extrême du pouls, coïncident avec l'augmentation si considérable du nombre des pulsations que nous venons de mentionner. Ordinairement il est *complétement insensible* le dernier jour.

La *chaleur de la peau* augmente en même temps que le mouvement fébrile augmente lui-même, et l'on trouve le corps couvert d'une *sueur* souvent abondante, considérable, surtout sur la poitrine. Des *gouttelettes* de sueur se forment sur la face et sur le cou. Un seul des sujets observés par M. Lediberder présentait des *sudamina*.

Dans le commencement de la seconde période, l'amélioration signalée plus haut dans les symptômes fournis par l'appareil respiratoire se fait encore remarquer. Mais vers la fin, la respiration devient inégale, difficile, anxieuse, et la *dyspnée* est beaucoup plus considérable qu'elle ne l'a jamais été, même avant la rémission. Dans les derniers moments, la dyspnée est extrême.

Enfin, comme symptômes ultimes, nous devons noter une *prostration* complète, les *soubresauts des tendons*, le tremblement des membres, la *carphologie*, etc. ; en un mot, les phénomènes d'une agonie qui dure plus ou moins longtemps.

J'ai à peine besoin d'ajouter que, pendant tout le temps de la maladie, on trouve chez un grand nombre de sujets des signes de la maladie des poumons : râle muqueux, respiration caverneuse, pectoriloquie, respiration bronchique, matité sous les clavicules, signes qui varient suivant le degré de la lésion, etc. (1).

Tels sont les symptômes de la tuberculisation des méninges. J'ai dit plus haut qu'ils ne se présentent pas toujours avec la même régularité ; quelques faits rapportés par les auteurs prouvent que l'affection peut être quelquefois *latente*.

(1) Voy. *Phthisie*, t. II.

§ IV. — Marche, durée, terminaison, état du sang.

On peut dire d'une manière générale que la marche de la tuberculisation de la pie-mère est continue ; c'est ce qui résulte des observations prises par MM. Rilliet et Barthez, qui l'ont toujours vue suivre cette marche. Cependant, et les auteurs eux-mêmes le font observer, il y a très fréquemment une rémission notable que j'ai signalée plus haut. Mais, comme l'ont très bien noté les auteurs que je viens de citer, cette rémission ne porte pas sur l'ensemble des symptômes ; elle se remarque principalement dans les signes fournis par l'altération de l'intelligence. Néanmoins cette rémission, quoique n'étant pas absolument complète, doit être notée avec soin, comme l'a fait Guersant ; elle est, en effet, un des traits les plus caractéristiques de la maladie.

Suivant MM. Rilliet et Barthez, qui ont fait à ce sujet des recherches exactes, la *durée* de la maladie est ordinairement de onze à vingt jours. Ils ont toutefois cité des cas où la terminaison funeste est arrivée le septième jour, et d'autres dans lesquels la maladie s'est prolongée soixante et soixante-sept jours.

Je ne connais qu'un seul fait qui ait été rapporté comme un exemple de guérison de la tuberculisation des méninges ; il appartient à M. Rilliet, qui, je crois, ne l'a pas encore publié. Ce fait n'est pas sans importance ; mais, de l'aveu même de l'observateur que je viens de citer, il est nécessaire d'en observer plusieurs autres semblables avant de modifier le pronostic extrêmement grave qu'on doit porter dans les cas de méningite tuberculeuse. La difficulté du diagnostic est parfois si grande que, quelle que soit l'habileté de l'observateur, on doit nécessairement craindre une méprise lorsqu'il s'agit d'un cas aussi exceptionnel. On peut toutefois, ainsi que le fait remarquer M. Legendre, regarder comme n'étant pas absolument impossible la possibilité de la guérison des lésions inflammatoires, qui sont la conséquence de la tuberculisation ; mais de cette probabilité à la certitude il y a bien loin. Cette constance de la *terminaison* funeste vient, au reste, à l'appui de ce que je disais en parlant de l'opinion de Guersant relativement à la guérison des méningites.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont été étudiées avec le plus grand soin. Elles sont aujourd'hui parfaitement connues de tous les médecins qui sont au courant de la science. Il me suffira par conséquent de les passer rapidement en revue.

La lésion principale, car elle est le point de départ de toutes les autres, est la production de petits tubercules dans la pie-mère. Ces tubercules consistent en granulations de grosseur variable, arrondies, grises, demi-transparentes ou plus souvent blanchâtres à l'extérieur. Les plus petites présentent la coloration grise ; elles sont demi-transparentes comme les granulations du poumon, et leur substance est homogène ; elles sont ordinairement du volume d'un grain de semoule. Les plus grosses égalent le volume d'un petit pois ; entre ces deux extrêmes, il y a des degrés à l'infini. Lorsque les granulations sont très grosses, une dissection attentive fait distinguer dans leur centre un point opaque et de couleur jaune-serin. Dans plusieurs cas, j'ai vu, en pressant une de ces grosses granulations,

s'échapper la matière jaune, de telle sorte qu'il restait entre les doigts une coque résistante, grisâtre, demi-transparente.

Ces granulations sont ordinairement plongées dans une matière homogène, demi-transparente, résistante, qui donne à la pie-mère, dans laquelle elle est infiltrée, une épaisseur et une consistance considérables. C'est autour des vaisseaux surtout que cette matière infiltrée et les granulations qu'elle contient sont le plus abondantes ; il en résulte que les parois de ces vaisseaux, et surtout des veines, ont acquis une épaisseur et une consistance très grandes, et que les veines restent béantes comme des artères. Dans un cas, j'ai vu un de ces vaisseaux, complétement dénudé dans l'étendue de 1 centimètre, se tenir droit et conserver son calibre.

Nous avons là, comme on le voit, les deux substances tuberculeuses, ou plutôt ces deux formes d'une même substance que nous avons trouvées dans les poumons, c'est-à-dire le tubercule isolé et le tubercule infiltré. Il est très important de se rappeler cette seconde forme de dépôt tuberculeux, parce qu'il résulte des recherches exactes faites dans ces derniers temps sur la maladie dont nous nous occupons, que c'est cette infiltration tuberculeuse qui a été prise pour des plaques de pus concret par les auteurs qui ont écrit sur l'arachnitis, et que c'est précisément cette lésion qu'on a donnée comme une preuve de l'existence d'une inflammation franche, alors qu'il n'existait qu'une simple production tuberculeuse.

Le *siége* des lésions que je viens d'indiquer a une importance réelle. C'est surtout dans les scissures de Sylvius et sur les parties moyennes de la base du cerveau qu'on les observe à un degré avancé. MM. Rilliet et Barthez ont trouvé, il est vrai, dans les cas qu'ils ont analysés, les granulations plus fréquentes sur les hémisphères qu'à la base ; et ce résultat, qui est opposé à celui qu'ont obtenu les autres auteurs, peut s'expliquer par le grand soin qu'ont apporté à leurs autopsies ces deux médecins. Ils ont trouvé très fréquemment des granulations disséminées sur la surface des hémisphères ; mais il est certain que l'infiltration tuberculeuse et les grosses granulations se montrent principalement à la base. On en voit aussi sur le cervelet.

Ces lésions occupent la pie-mère ; elles pénètrent avec elle profondément dans les anfractuosités et se répandent sur les circonvolutions. L'arachnoïde qui les recouvre est, dans le plus grand nombre des cas, lisse, fine, transparente, parfaitement intacte.

On trouve en outre, chez un assez bon nombre de sujets, des tubercules sous forme de granulations ou volumineux, à une plus ou moins grande profondeur dans le cerveau.

Telle est la lésion principale. Il en est de secondaires qui ont une grande importance ; car il ne s'agit de rien moins que des résultats de l'inflammation qui se manifeste autour des productions morbides dont nous venons de parler, et chacun sait quelles sont les conséquences fâcheuses de cette inflammation. On trouve parfois de véritable pus liquide ou concret dans les mailles de la pie-mère. Il y a alors réunion des deux affections que nous avons décrites séparément : méningite franche et tuberculisation des méninges. Rarement l'arachnoïde présente des altérations ; sa grande cavité contient parfois un liquide un peu trouble ; mais on n'y trouve ni pus ni fausses membranes. Je parlerai plus loin de la sérosité des ventricules.

Le *cerveau* est très fréquemment atteint. Lorsqu'il existe des plaques tubercu-

leuses, elles adhèrent à la couche corticale, qui est ramollie dans une plus ou moins grande étendue. Ce ramollissement présente des colorations variables; mais on y trouve toujours des traces d'inflammation. Le ramollissement est fréquent vers les scissures de Sylvius, comme les plaques tuberculeuses dont il est la conséquence. Quelquefois les deux nerfs optiques, ou seulement l'un d'eux, participent au ramollissement, ce qui explique l'abolition complète de la vision des deux côtés ou d'un seul.

Dans un cas (1) j'ai trouvé, au-dessous d'une plaque tuberculeuse adhérant à une circonvolution de l'hémisphère, un ramollissement jaune très prononcé, au milieu duquel se trouvaient un grand nombre de points ou de noyaux d'apoplexie capillaire. J'ai, dans l'article où se trouve ce fait, montré, par la succession des symptômes, qu'aux tubercules avait succédé le ramollissement, lequel avait été suivi de l'apoplexie capillaire. MM. Rilliet et Barthez citent un cas à peu près semblable.

Les ventricules contiennent ordinairement une quantité de sérosité assez considérable pour les distendre. Cette sérosité est tantôt limpide et incolore, tantôt trouble et un peu jaune ; elle contient parfois des flocons albumineux et des traces de véritable pus. C'est cette quantité anormale de liquide qui avait principalement frappé les auteurs pour lesquels l'affection était simplement une hydrocéphale ou hydrocéphalie aiguë.

Telles sont les lésions importantes que présente l'encéphale. Si maintenant nous recherchons quel est le rapport de ces lésions avec les symptômes observés pendant la vie, nous trouvons d'abord que tous, excepté la paralysie, peuvent dépendre de la simple tuberculisation des méninges. On a, en effet, cité plusieurs cas où les sujets ont succombé à la suite d'accidents cérébraux en tout semblables à ceux que nous avons décrits plus haut, et chez lesquels on n'a trouvé après la mort que des granulations dans la pie-mère, sans aucune trace d'inflammation. J'insiste sur ce fait qui me paraît important, parce que plusieurs auteurs ont fait trop bon marché de ces granulations, ne rapportant guère les symptômes qu'à l'inflammation consécutive des membranes et du cerveau.

La paralysie dépend plus particulièrement du ramollissement du cerveau ; on la voit, en effet, se manifester du côté opposé à celui qu'occupe le ramollissement, et, dans des cas de paralysie partielle, on a pu voir une liaison intime entre la lésion et le symptôme. Enfin, ce résultat est bien plus évident encore lorsqu'au lieu d'un simple ramollissement il y a apoplexie capillaire ; car, en pareil cas, la paralysie est plus subite et occupe une plus grande étendue du corps.

Les lésions qu'on trouve dans les autres parties du corps appartiennent ordinairement toutes à une tuberculisation générale très fréquente chez les sujets qui succombent à la méningite, et dont cette méningite elle-même fait partie.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Les deux affections avec lesquelles on peut le plus facilement confondre, et l'on a le plus souvent confondu la tuberculisation des méninges, sont la méningite sim-

(1) *Arch. gén. de méd.*, loc. cit.

ple aiguë et la fièvre typhoïde. Aussi tous les auteurs se sont-ils efforcés d'établir un diagnostic précis entre ces diverses affections. Il est, en outre, quelques autres maladies cérébrales, comme l'encéphalite, le ramollissement, qui, sous certains rapports, pourraient donner lieu à l'erreur; mais ce point de diagnostic est beaucoup moins important, et il me suffira d'y revenir en peu de mots, à propos de ces maladies. Pour le diagnostic des deux espèces de méningite, j'emprunterai, à un article important de M. Rilliet, publié dans les *Archives générales de médecine*, plusieurs détails qui résultent d'une étude attentive d'un assez bon nombre des faits rassemblés par cet auteur. Voici les différences signalées par M. Rilliet :

Dans la *méningite simple aiguë* ou *méningite franche*, selon l'expression de ce médecin, les enfants sont forts, vigoureux, sans signes de tubercules ; c'est le contraire chez les sujets affectés de tuberculisation des méninges. Je dois ajouter que cette remarque ne s'applique pas rigoureusement à un nombre de cas assez considérable, ainsi que le reconnaît M. Rilliet lui-même. La première maladie, ajoute cet auteur, peut régner épidémiquement, tandis que la méningite tuberculeuse est toujours sporadique. J'ai dit, dans l'article précédent, combien il faut être réservé quand il s'agit d'admettre l'existence de ces épidémies de maladies très difficiles à diagnostiquer de l'aveu de tous les médecins. Il est vrai que M. Rilliet a cité, outre les faits empruntés au docteur Albert, la relation d'une épidémie de méningite franche chez des enfants, par M. Mistler (1), et que dans cette relation l'extrême violence des symptômes cérébraux porte à faire admettre l'exactitude du diagnostic; mais malheureusement M. Rilliet (car je n'ai pas pu remonter à la source) ne dit pas un mot des lésions cadavériques, ce qui fait croire que les autopsies n'ont pas été pratiquées, et dès lors toutes les incertitudes renaissent. Cette circonstance ne me paraît donc pas avoir une grande importance quant à présent. M. Rilliet signale ensuite les prodromes de la méningite tuberculeuse, c'est-à-dire, les signes ordinairement très apparents, quelquefois incertains et parfois nuls, de la tuberculisation des autres organes, et principalement des poumons. Nous avons insisté sur ce point dans l'article consacré à la *méningite simple aiguë*. Le début de la maladie, outre la violence beaucoup plus grande des symptômes de la méningite franche, présente dans quelques cas une particularité qu'on ne retrouve pas dans la tuberculisation des méninges : c'est l'apparition de convulsions violentes. Ce symptôme est assez frappant lorsqu'il se produit ainsi dans les premiers moments, pour que M. Rilliet se soit cru autorisé à établir d'après lui une division de la méningite simple aiguë; il signale, en effet, la *forme convulsive* et la *forme phrénétique :* or la première, qui est celle dont il s'agit ici, se distinguera facilement de la tuberculisation des méninges, qui ne présente jamais ces violentes convulsions au début. Quand à la seconde, c'est par la grande intensité des symptômes qu'elle se fait reconnaître, ainsi que je viens de le dire. Je n'insisterai pas sur ce point, parce que je l'ai suffisamment indiqué dans l'histoire de la méningite simple aiguë. Enfin on tire un autre signe différentiel de la marche plus ou moins rapide de la maladie.

On voit néanmoins, en lisant attentivement le diagnostic tel que l'ont posé les

(1) *Gaz. méd. de Strasbourg.*

auteurs, et M. Rilliet en particulier, que, au lit du malade, il peut se rencontrer des cas bien difficiles. Sans doute, si, de part et d'autre, les deux espèces de méningite se présentaient avec tous leurs caractères bien tranchés, il n'y aurait pas de difficultés réelles; mais il n'en est pas toujours ainsi, à beaucoup près : un enfant, dans un état de santé florissante en apparence, peut être atteint de méningite tuberculeuse, et personne n'admettra, sans doute, que la méningite simple aiguë appartienne exclusivement aux sujets vigoureux. Les symptômes de cette dernière peuvent être moins intenses qu'à l'ordinaire, et la première peut se produire avec une violence inaccoutumée, etc. Ne nous étonnons donc pas que M. Rufz, si compétent en pareille matière, ayant observé un cas de méningite simple, ait pu dire, après avoir vérifié par l'autopsie l'existence d'une inflammation franche, qu'il eût été impossible de la distinguer pendant la vie d'une tuberculisation des méninges.

Je n'ai pas craint de revenir sur ce diagnostic, parce qu'il est de la plus haute importance, et qu'il était intéressant de s'assurer si de nouvelles recherches nous apporteraient de plus grandes lumières. On voit que le résultat de celles de M. Rilliet a été seulement de donner un peu plus de précision à ce que nous savions déjà sur ce point ; ce qui néanmoins est bien loin d'être sans valeur. Je reproduirai tout à l'heure le tableau synoptique que j'ai déjà présenté dans l'article consacré à la méningite simple aiguë, et j'y ajouterai les particularités qu'on peut emprunter aux recherches de M. Rilliet.

Quant au diagnostic de la méningite tuberculeuse et de la *fièvre typhoïde*, il me suffira de dire ici qu'il ne diffère pas extrêmement de celui de la méningite simple aiguë, sauf que les antécédents et l'état de la poitrine viennent le rendre ordinairement plus facile. C'est ainsi que les principaux signes différentiels se trouvent dans la persistance de la céphalalgie, dans l'intégrité de l'abdomen et dans la fréquence des vomissements pour la méningite ; dans les troubles intestinaux, les épistaxis, les sudamina pour la fièvre typhoïde, et, lorsque la maladie est plus avancée, dans l'absence des lésions de la motilité et de la sensibilité dans cette dernière maladie. Je reproduirai ces signes dans le tableau synoptique.

Je répète que les autres affections qui pourraient être confondues avec la tuberculisation des méninges (affections du cerveau, éclampsie, etc.) en seront distinguées à mesure qu'elles se présenteront.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la tuberculisation des méninges et de la méningite simple aiguë.*

TUBERCULISATION DES MÉNINGES.	MÉNINGITE SIMPLE AIGUE.
Symptômes antécédents de tubercules.	*Pas de symptômes antécédents.*
Symptômes du début *ordinairement moins violents*, se produisant lentement, souvent insidieux.	Symptômes du début *plus violents, plus nets*, mieux caractérisés, surtout dans la méningite primitive.
Délire moins violent, souvent tranquille, *se produit plus tard*, et arrive moins rapidement à son summum.	Délire violent, *très promptement établi* (*forme phrénétique* de M. Rilliet).
Pas de convulsions au début.	Dans un certain nombre de cas, *convulsions* effrayantes au début (*forme convulsive* de M. Rilliet).
Ces symptômes *manquent parfois*, surtout au début; ils sont presque toujours *moins frappants*.	Céphalalgie *très vive*; injection de la face, photophobie, etc.; *ces symptômes sont frappants*.
Vomissements *moins fréquents*, *moins abondants*.	Vomissements *plus fréquents, plus abondants*.
Pouls plus *accéléré*, plus fort, *moins irrégulier*.	Pouls souvent *ralenti* au début; *pouls irrégulier*.
Marche continue, mais ordinairement *avec une rémission très notable*.	Marche continue, *sans rémission notable*.
Durée *plus longue*.	Durée *plus courte*.

2° *Signes distinctifs de la tuberculisation des méninges et de la fièvre typhoïde.*

TUBERCULISATION DES MÉNINGES.	FIÈVRE TYPHOÏDE.
Symptômes antécédents de tubercules.	*Pas de symptômes antécédents.*
Signes de tubercules du côté de la poitrine.	*Pas de signes* de phthisie pulmonaire.
Céphalalgie plus *persistante*.	Céphalalgie *moins persistante*.
Vomissements *presque constants*.	Vomissements *beaucoup plus rares*.
Ventre *indolent, bien conformé, rétracté*, à moins qu'il n'y ait une péritonite chronique.	Ventre ordinairement douloureux, tendu, *météorisé*.
Constipation, d'autant plus remarquable qu'elle succède parfois à la diarrhée dans les cas de phthisie assez avancée.	*Diarrhée* plus ou moins abondante.
Ni gonflement de la rate *ni épistaxis*.	Rate *tuméfiée; épistaxis*.
Pas de taches rosées ni de *sudamina*.	*Taches rosées; sudamina.*
Pouls d'abord *ralenti*, puis *irrégulier, inégal*.	Pouls *fréquent, sans irrégularité*.
Dans les derniers temps, *troubles de la motilité, de la sensibilité, des sens*.	*Ni paralysie* du mouvement, *ni lésions* de la sensibilité, etc.

Pronostic. Ce que j'ai dit de la terminaison de la maladie prouve suffisamment que le pronostic est d'une extrême gravité. Lorsqu'on a acquis la conviction qu'un sujet est réellement affecté d'une tuberculisation des méninges, on doit le regarder comme perdu; car l'exception que j'ai mentionnée, quand même elle ne laisserait aucun doute sur l'exactitude du diagnostic, ne saurait, étant unique, donner une sécurité motivée.

§ VII. — Traitement.

Après tout ce que j'ai dit plus haut, on doit s'attendre à me voir accorder peu de confiance aux moyens thérapeutiques proposés par les auteurs. Il en est cependant quelques uns qui ont procuré quelque soulagement, et qui, par conséquent, ne doivent pas être négligés; mais la lecture des observations prouve qu'on aurait grand tort de compter sur leur emploi pour obtenir une guérison complète.

Émissions sanguines. Les émissions sanguines sont constamment mises en usage; mais on a bien rarement recours à la *saignée générale.* On prescrit des *sangsues* derrière les oreilles, sur les parties latérales du cou, et l'on revient à leur usage tant que les symptômes présentent un haut degré d'acuité. MM. Senn, Piet, Legendre, etc., recommandent l'application des sangsues *sur la pituitaire,* à l'entrée des narines. Ils ont vu quelquefois ce moyen réussir à calmer quelques symptômes, et principalement la céphalalgie; mais jamais l'amélioration n'a dépassé un faible degré. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi des *ventouses scarifiées* sur la nuque, sur les côtés du cou, etc.

Lotions, affusions froides, glace sur la tête. Après les émissions sanguines, il n'est pas de moyen plus généralement mis en usage que l'application du froid sur la tête : on applique une éponge, des compresses trempées dans l'eau froide, on fait des affusions, on tient constamment sur cette partie une vessie à demi pleine de glace. Ces moyens, dans les cas que j'ai observés, n'ont jamais arrêté les progrès du mal; mais on peut croire qu'ils modèrent la céphalalgie, quoique le fait ne soit pas démontré.

On a été même jusqu'à conseiller, comme dernière ressource, les *affusions froides sur tout le corps;* mais rien n'est venu prouver leur efficacité, et quelques auteurs, parmi lesquels il faut mentionner particulièrement M. Piet, ont cité des cas dans lesquels les symptômes ont pris de l'accroissement à la suite de ces affusions.

Mercuriaux. On a encore conseillé généralement l'emploi des mercuriaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. *A l'intérieur*, c'est le *calomel* qu'on prescrit de préférence; on le donne à la dose de 30, de 40 et de 60 centigrammes aux enfants. Chez les adultes on pourrait augmenter cette dose, et l'on ne devrait pas craindre la salivation; car plusieurs auteurs ont noté une certaine amélioration lorsqu'elle se produisait. Il en est même qui, dans le but d'obtenir cet effet, qu'ils regardent comme très avantageux, conseillent d'administrer le calomel à *doses fractionnées;* par exemple, 2 ou 3 centigrammes toutes les demi-heures chez les enfants, tous les quarts d'heure chez les adultes. M. Law veut qu'on fractionne bien davantage encore les doses de calomel (1). Il conseille, en effet, et toujours dans le but de produire la salivation, de donner *toutes les heures une pilule contenant environ cinq milligrammes de calomel uni à une suffisante quantité d'extrait de gentiane, et d'en continuer l'usage jusqu'à l'établissement de la salivation;* ce qui a lieu, suivant cet auteur, avant que le malade ait pris vingt-quatre pilules, du moins dans le plus grand nombre des cas, car quelquefois il en faut jusqu'à quarante-huit. Remarquons toutefois que l'on ne doit regarder l'amélioration dont

(1) *Gaz. méd. de Paris*, 1839.

je viens de parler comme un résultat du traitement qu'avec de grandes restrictions. N'oublions pas, en effet, que, dans la marche naturelle de la maladie, on trouve une rémission marquée des principaux symptômes qui a bien pu en imposer dans plusieurs cas.

A l'extérieur, le mercure est employé sous forme de frictions, à l'aide de l'*onguent napolitain*. On fait les frictions sur les parties latérales du cou, sur la tête préalablement rasée, ou bien sur les cuisses et sur l'abdomen. La dose de la pommade mercurielle est de 8 à 24, et même 32 grammes progressivement. Ce que j'ai dit de la salivation à propos du calomel s'applique à l'emploi de ces frictions.

Iodure de potassium. Suivant M. Otterburg (1), des enfants affectés de méningite tuberculeuse auraient été guéris par l'usage de l'*iodure de potassium*, administré de la manière suivante :

℞ Eau....................	180 gram.	Sirop de cannelle.	ââ 15 gram.
Iodure de potassium.	2 gram.	de fleurs d'oranger...	

Mêlez. A prendre à dose rapidement croissante : jusqu'à huit cuillerées à bouche par jour. Suivant M. Otterburg, c'est dans la deuxième période qu'il convient d'administrer ce médicament.

M. Aubrun (2) a cité trois cas qui paraissent favorables à cette médication ; cependant il s'élève des doutes sur la nature de la maladie dans ces cas, et, pour se prononcer, il faudra de nouvelles observations.

Purgatifs. Les purgatifs sont encore d'un usage constant ; par eux, on se propose non seulement de vaincre la constipation opiniâtre qui s'observe dans la très grande majorité des cas, mais encore d'opérer une dérivation sur le tube digestif. Le *calomel* remplit cette indication, en même temps qu'il est employé comme altérant, et c'est pourquoi il est si souvent prescrit. On ordonne aussi l'*eau de Sedlitz*, l'*huile de ricin*, etc. En général, on n'attache pas une grande importance au purgatif employé, si ce n'est au calomel.

Vésicatoires ; sinapismes ; frictions stibiées sur le cuir chevelu, etc. Il est rare qu'on n'ait pas recours aux vésicatoires, soit sur les cuisses, soit sur la tête rasée. J'indique, par conséquent, ce moyen ; mais je dois dire ici que, malgré les assertions de quelques médecins, je n'ai vu aucun cas de tuberculisation des méninges bien constaté qui ait été réellement amélioré par leur emploi. Lorsque la fièvre est un peu considérable, ils peuvent avoir pour résultat d'augmenter notablement l'agitation. Les *sinapismes* sont appliqués sur les pieds, aux mollets, aux cuisses. On doit être également sobre de leur emploi lorsque le mouvement fébrile a un peu d'intensité. Les frictions avec des substances irritantes, comme l'*huile de croton*, les *liniments ammoniacaux*, et surtout la *pommade stibiée*, ne doivent être employées qu'avec la plus grande réserve, parce que leur efficacité est des plus contestables, et qu'elles peuvent ajouter inutilement aux souffrances des malades. Cette remarque s'applique principalement à la pommade stibiée.

Cependant M. le docteur Hahn (3) a cité des cas où, selon lui, la méningite tuberculeuse aurait été guérie par l'emploi des *frictions stibiées* sur le cuir chevelu.

(1) *Société médico-pratique*, séance d'avril 1850. Voy. *Union médicale*, 14 mai 1850.
(2) *Ibidem*.
(3) Voy. *Bull. de thér.*, novembre 1849.

Je me borne à indiquer ce moyen, en faisant remarquer que dans ces cas comme dans beaucoup d'autres, il reste toujours des doutes sur l'exactitude du diagnostic dont la difficulté est bien connue de tout le monde.

MM. Rilliet et Barthez rapportent qu'une fois ils ont appliqué quatre *moxas à l'eau chaude* sur la partie postérieure de la nuque chez un enfant de deux ans, et qu'après cette application, le coma, qui était complet, ne tarda pas à se dissiper; mais l'amélioration ne fut que passagère, et j'ajoute que dans ce cas, comme dans ceux dont il vient d'être question, elle a bien pu n'être qu'une coïncidence. Un plus grand nombre d'observations pourrait seul nous éclairer définitivement sur ce point, ainsi que sur l'efficacité du *séton à la nuque*, proposé par quelques médecins.

Antispasmodiques. Les troubles nerveux considérables qu'on observe, surtout chez les enfants, ont naturellement engagé à recourir à l'emploi des antispasmodiques. Il me suffira de mentionner ici, parmi ces médicaments, ceux qui sont le plus fréquemment mis en usage, tels que le *musc*, le *camphre*, l'*assa fœtida* par la bouche ou en lavements. Je ne connais pas de faits qui prouvent que ces médicaments aient eu une efficacité réelle, et même qu'ils aient seulement triomphé de quelques uns des symptômes spasmodiques contre lesquels on les a dirigés.

Tartre stibié à haute dose. M. Bayle a rapporté (1) la guérison de trois cas d'*hydrocéphale* aiguë obtenue par Laënnec à l'aide de l'émétique à haute dose (15 à 20 centigrammes *chez les enfants*, 30 à 40 *chez les adultes*). Mais, si l'on en juge par l'extrait d'une des observations, il paraîtra bien douteux qu'il ait été réellement question dans ce cas d'une hydrocéphale aiguë, et, en admettant même que le diagnostic n'ait pas été erroné, qu'était-ce que cette hydrocéphale aiguë? S'agissait-il d'une méningite franche? Rien ne le prouve. Était-ce une méningite tuberculeuse? Rien dans la marche de la maladie ne peut le faire penser, et ce que nous savons de la gravité de l'affection ne permet guère de croire que trois cas aient été ainsi radicalement guéris dans un court espace de temps.

Moyens divers. Comme dans tous les cas où les médicaments n'ont qu'une action très faible, on a eu recours à une foule de remèdes divers que je me contenterai d'indiquer ici, par la raison que l'expérience ne nous apprend rien de positif en leur faveur. C'est d'abord la *digitale*, recommandée par Kopp (2), Most (3), et plusieurs autres auteurs qui l'ont réunie à d'autres médicaments, et en particulier au calomel; puis la *scille*, donnée à l'intérieur ou bien administrée en frictions sous forme de teinture.

Vient ensuite le *phosphore*, que M. Coindet recommande d'administrer ainsi qu'il suit :

℞ Phosphore........... 0,10 gram.	Huile d'amandes douces.... 32 gram.

Dissolvez. A prendre par cuillerées dans les vingt-quatre heures.

Dans un cas, M. Coindet a fait prendre jusqu'à 48 grammes de ce mélange. J'ai cru devoir mentionner ce médicament, parce qu'il a été conseillé par un médecin recommandable; mais je pense qu'on ne peut s'empêcher d'être de l'avis de

(1) *Bibl. de thér.* Paris, 1828, t. I.
(2) *Denkw. aus der aertz. Prax.*, t. X. Frankf., 1830.
(3) *Encycl. der med. Prax.*, t. I.

MM. Bricheteau, Rilliet et Barthez, et de plusieurs autres praticiens, qui regardent son emploi comme trop dangereux. Si l'on avait un assez grand nombre de faits constatant son efficacité, il ne faudrait sans doute pas y renoncer, par cela seul qu'il peut causer des accidents, car la maladie est des plus graves, et, en agissant avec prudence, on éviterait les inconvénients. Mais où sont ces faits ?

J'indiquerai encore le *moxa* au sommet de la tête, les *bains de vapeur* recommandés par Itard, qui propose de les administrer de la manière suivante :

« Après avoir chauffé une baignoire en la lavant avec de l'eau bouillante, placez-y le malade sur un siége bas et les jambes étendues sur un tabouret ; puis versez-y quatre ou cinq kilogrammes de liquide bouillant (Itard conseille une *décoction de sureau dans le vinaigre*), et couvrez-le avec une couverture de laine bien serrée autour du cou. Au bout de quinze minutes environ, on essuie bien le malade, et on le couche dans un lit bien chaud (1). »

Itard cite deux guérisons qu'il a obtenues par ce moyen ; mais les objections que j'ai faites à propos des cas cités par Laënnec se représentent ici sans rien perdre de leur force.

D'autres auteurs ont préconisé l'emploi des *narcotiques* et de la *belladone* en particulier, du *nitrate de potasse*, etc., etc.

MM. Rilliet et Barthez, considérant la nature de la maladie, pensent qu'on pourrait obtenir quelques bons effets de l'emploi de l'*iode ;* mais ce n'est encore là qu'une idée théorique qui aurait besoin de la sanction de l'expérience.

N'oublions pas la *compression des carotides*, qu'on a recommandé d'employer dans la maladie qui nous occupe aussi bien que dans la méningite simple aiguë, et en faveur de laquelle nous n'avons pas de faits plus positifs.

Résumé. Presque tous les auteurs conviennent que les divers médicaments proposés n'agissent pas sur la production tuberculeuse elle-même, et que, s'ils ont quelque action, c'est uniquement sur l'inflammation des membranes et du cerveau. Il s'ensuit donc que les moyens principaux sont ceux qui font partie du traitement antiphlogistique, auquel on joint les révulsifs tant à l'extérieur que sur le canal intestinal, et les réfrigérants sur le siége du mal. Aussi est-ce presque uniquement à ces moyens qu'on a généralement recours, et malheureusement, nous l'avons vu, on n'a pas démontré qu'on ait réellement obtenu même l'amélioration incomplète qu'on voulait obtenir. Si l'on y était parvenu on aurait laissé encore une lésion bien redoutable, la lésion principale : les granulations tuberculeuses. Or on ne devrait pas considérer le sujet comme mieux guéri qu'un tuberculeux qu'on aurait débarrassé d'une de ces pneumonies ou de ces pleurésies limitées, auxquelles les phthisiques sont si sujets, et qui leur occasionnent des symptômes souvent fort graves.

Traitement prophylactique. Le traitement prophylactique a beaucoup occupé les auteurs qui ont écrit sur l'hydrocéphale aiguë, et qui ignoraient la nature de la lésion par laquelle est caractérisée cette maladie dans l'immense majorité des cas. Aujourd'hui on n'accorde nécessairement qu'une confiance très limitée aux moyens proposés pour prévenir la tuberculisation des méninges. On répète, il est vrai, avec les auteurs qui nous ont précédés, qu'on doit recommander aux sujets mena-

(1) *Dict. des sciences méd.*, t. XXII.

cés un bon régime et un exercice actif au grand air ; qu'il faut tenir la tête légèrement couverte et les cheveux courts aux enfants menacés de tubercules ou qui sont d'une famille dans laquelle la maladie est héréditaire ; qu'il ne faut pas trop tôt exercer leur intelligence, ni multiplier les travaux de l'esprit. Ce sont là les principes d'une bonne éducation physique ; mais qu'est-ce qui prouve qu'on ait réussi de cette manière à prévenir la tuberculisation des méninges, dont les causes sont si obscures, et qui, ainsi que l'a surtout remarqué M. Legendre, attaque si souvent des sujets dans le meilleur état de santé apparente ?

A plus forte raison devons-nous élever des doutes sur l'opportunité de certaines médications préventives conseillées par plusieurs auteurs. Qui voudra placer, à la nuque ou au bras, des vésicatoires, des cautères, des sétons, dans le but de prévenir l'apparition de cette maladie, lorsque aucun fait positif ne vient prouver que ces moyens aient réellement réussi, et lorsqu'on ne sait pas du tout si l'affection a la moindre tendance à se produire ?

MM. Rilliet et Barthez ayant vu, ainsi que je l'ai dit plus haut, l'apparition de la méningite tuberculeuse suivre de très près la suppression d'un exanthème du cuir chevelu, recommandent de n'attaquer que partiellement les maladies de ce genre, et d'employer en même temps quelques dérivatifs sur le canal intestinal. Cette conduite est prudente, surtout lorsque l'enfant présente quelques phénomènes qui font soupçonner une tendance à la tuberculisation.

En somme, nous pensons qu'il faut agir comme nous l'avons indiqué à propos du traitement prophylactique des tubercules pulmonaires (1), mais qu'on aurait tort de compter sur une très grande efficacité des moyens qu'on a conseillés.

Ordonnances. MM. Rilliet et Barthez ont, dans le résumé de leur traitement, donné quelques préceptes que je crois devoir leur emprunter, parce qu'ils font connaître la manière dont on doit, en général, se conduire dans les divers cas de tuberculisation des méninges. Voici comment ils précisent le cas :

Ire Ordonnance.

UN ENFANT FORT ET BIEN CONSTITUÉ EST PRIS, AU MILIEU DE LA BONNE SANTÉ,

d'une céphalalgie plus ou moins intense, accompagnée de vomissements et de constipation ; le pouls est médiocrement accéléré, la chaleur peu vive ; l'intelligence est nette ; on peut prévoir le début d'une méningite tuberculeuse. On fera les prescriptions suivantes :

« 1° Appliquer à l'anus ou à la partie interne des cuisses de quatre à dix sangsues, suivant l'âge ; on laissera couler les piqûres pendant une ou deux heures.

» 2° Donner dans la journée de 20 à 40 centigrammes de calomel, suivant l'âge, en paquets de 5 à 10 centigrammes toutes les deux heures.

» 3° Administrer un lavement fait avec 30 grammes d'huile de ricin, ou tout autre lavement purgatif.

» 4° Envelopper les pieds dans des flanelles chaudes ou dans des cataplasmes de farine de lin légèrement saupoudrés de moutarde.

» 5° Le lendemain on ne renouvellerait l'application des sangsues que dans le cas où le pouls conserverait sa fréquence ; sinon on s'en abstiendrait et l'on se bornerait à continuer les autres parties de la prescription.

(1) Voy. t. II, *Phthisie.*

IIe Ordonnance,

DANS UN CAS OU LA MALADIE EST PARVENUE AU COMMENCEMENT DE LA SECONDE PÉRIODE.

» 1° Les prises de calomel, comme ci-dessus.

» 2° Des frictions à la partie interne des cuisses avec de 8 à 16 grammes d onguent mercuriel par jour, ou avec la même quantité de pommade iodurée.

» 3° Application de compresses froides, et souvent renouvelées, sur la tête préalablement rasée; on pourra même faire une irrigation continue d'eau froide.

» 4° Application de cataplasmes légèrement sinapisés.

IIIe Ordonnance.

DANS UN CAS OU LA MALADIE AVANCE VERS LA TROISIÈME PÉRIODE.

» 1° Application d'un large vésicatoire camphré occupant la majeure partie du crâne préalablement rasé.

» 2° Si le vésicatoire ne peut être employé de cette manière, on le remplacera par deux cautères à l'eau chaude, appliqués sur la partie postérieure du cou, ou bien par des vésicatoires placés à la partie interne des cuisses ou aux mollets.

» 3° Si la constipation n'est pas encore vaincue, on remplacera le calomel par une potion huileuse à laquelle on pourra ajouter une goutte d'huile de croton; on ne devra pas répéter la potion.

IVe Ordonnance.

DANS UN CAS OU LA MALADIE EST PARVENUE A LA TROISIÈME PÉRIODE.

» 1° Application de compresses froides, de la glace, etc.

» 2° Frictions mercurielles ou iodurées.

» 3° Suspension du calomel, si le dévoiement est continu.

» 4° Cataplasmes sinapisés. »

Je rappelle ici, comme complément de ces ordonnances, les sangsues sur la membrane pituitaire et l'emploi du calomel à doses très fractionnées pour produire la salivation.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines, sangsues sur la pituitaire; lotions, affusions froides, glace sur la tête, sur tout le corps; mercuriaux à l'intérieur, à l'extérieur; purgatifs; vésicatoires, sinapismes, liniments irritants, moxas à l'eau chaude; antispasmodiques; tartre stibié à haute dose; calomel.

Moyens divers. Phosphore; digitale; scille; bains de vapeur; narcotiques; iode; nitrate de potasse; compression des carotides.

Traitement prophylactique. Moyens hygiéniques : bon régime; exercice au grand air; respecter les exanthèmes, etc.

ARTICLE V.

HYDROCÉPHALE AIGUË.

L'hydrocéphale ou hydrocéphalie aiguë a beaucoup perdu de son importance, ainsi que nous l'avons vu dans les articles précédents, depuis que les recherches modernes nous ont appris combien l'existence de cette affection, indépendamment de toute autre lésion du cerveau, est rare et même incertaine. On a vu que l'immense majorité des cas désignés par ces dénominations devait se rapporter à la tuberculisation des méninges, et que la plupart de ceux qui restent ne sont autre chose qu'une complication soit de la méningite, soit d'autres maladies de l'encéphale, si même on ne doit souvent la considérer comme un simple phénomène d'une agonie prolongée. Cependant on a cité quelques cas où, dans le cours de certaines affections qui donnent lieu à l'anasarque, des symptômes cérébraux assez intenses se sont manifestés sans qu'on ait trouvé autre chose, pour les expliquer, qu'une accumulation plus ou moins considérable de sérosité dans les ventricules, ou dans la grande cavité de l'arachnoïde, ou dans ces deux points à la fois. C'est à ces cas, qui comprennent les rares accidents auxquels on doit conserver le nom d'*apoplexie séreuse*, qu'il faut réserver le nom d'hydrocéphale aiguë. On voit donc que, dans l'état actuel de la science, l'hydrocéphale aiguë est une affection secondaire qui vient parfois hâter la mort des sujets. Nous n'avons par conséquent à nous occuper ici que de quelques cas rares, car nous ne faisons pas de la pathologie générale.

Nos connaissances sur cette affection, telle que je viens d'en tracer les limites, sont, de l'aveu de tous les auteurs, fort vagues et fort incertaines; c'est ce qui expliquera pourquoi je n'entrerai que dans très peu de détails à son sujet.

Causes. L'hydrocéphalie aiguë, d'après les recherches de MM. Rilliet et Barthez, se montre presque exclusivement chez les *enfants* âgés de moins de six ans. Les deux *sexes* y sont également sujets. Cette maladie se produit plus particulièrement dans le cours de l'anasarque consécutive à la *scarlatine* ou constituant un symptôme de la *maladie de Bright.* On l'a vue également se montrer dans le cours de la *pneumonie*, de la *rougeole* et de quelques autres affections. M. Andral, dans sa *Clinique*, a cité un exemple d'*apoplexie séreuse* après la résorption rapide d'un épanchement abdominal. Nous n'avons rien de positif sur les *causes occasionnelles* de cette maladie.

Symptômes. « Les seuls symptômes que nous ayons pu rapporter à cette affection sont, disent MM. Rilliet et Barthez (1), une *grande agitation*, des *cris* ou bien des *grognements* continuels, remplacés, peu de temps avant la mort, par une *prostration extrême*, avec *assoupissement*, *perte de connaissance*, *coma* ou même *insensibilité générale*, *dilatation des pupilles* et *fixité du regard*. Encore devons-nous dire que ces symptômes n'existent pas tous à la fois chez tous les individus, qu'ils manquaient même complétement chez plusieurs de nos malades dont l'hydrocéphalie n'a été ainsi constatée qu'après la mort. »

Guersant et M. Blache (2) ne donnent pas de caractères plus positifs. Voici

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 788.
(2) *Dict. de méd.*, art. HYDROCÉPHALE AIGUË.

comment ils s'expriment : « On trouve seulement pour caractères essentiels de l'épanchement, je ne dirai pas les plus sûrs, mais du moins les plus probables, un *état comateux* plus ou moins profond, une *dilatation constante des pupilles*, une insensibilité incomplète de la rétine, une certaine *fixité des yeux* qui restent souvent entr'ouverts comme dans une sorte d'extase. Ces caractères généraux et communs à la plupart des hydrocéphales aiguës par épanchement offrent quelques légères nuances, suivant les espèces ; mais ce sont les seuls qui paraissent appartenir à l'épanchement lui-même. »

On le voit, rien n'est plus vague que ces signes, et l'on conçoit que les cas de ce genre aient été généralement plutôt soupçonnés que diagnostiqués. Tous ces symptômes appartiennent à d'autres maladies cérébrales, et, bien plus, ne voit-on pas des cas dans lesquels ils se montrent sans que l'autopsie fasse reconnaître une lésion évidente du cerveau ?

Lésions anatomiques. Les lésions anatomiques, dans l'hydrocéphale aiguë, telle que nous la comprenons ici, consistent presque uniquement dans l'accumulation de la sérosité, soit dans la grande cavité de l'arachnoïde, soit beaucoup plus souvent dans les ventricules, soit dans ces deux endroits à la fois, ainsi que dans la dilatation qui en résulte. On a trouvé aussi le cerveau infiltré d'une plus ou moins grande quantité de liquide séreux, et M. Blache et Guersant ont fait de ces cas une variété de l'hydrocéphale, sous le nom d'*hydrocéphale par infiltration.* Les ramollissements des parois ventriculaires et les autres altérations n'appartiennent pas essentiellement à cette maladie.

Diagnostic. Il suit de ce qui précède que rien n'est plus incertain que le diagnostic de cette affection. J'emprunte encore à Guersant et à M. Blache le passage dans lequel ils traitent cette question difficile ; on y verra que les recherches nombreuses qu'ils ont faites sur ce sujet n'ont pu les conduire à une solution satisfaisante.

« En général, disent-ils, les *hydrocéphales par infiltration* se rapprochent plutôt par leurs symptômes des caractères des *méningites de la convexité*, ou des *encéphalites superficielles ;* les *hydrocéphales des cavités cérébrales* ont plus d'analogie avec les *méningites de la base* ou les *encéphalites profondes.* Ces deux sortes d'épanchements séreux, distincts par leur siége, peuvent se présenter, par la marche des symptômes, sous deux formes très différentes : l'une, qui a de l'analogie avec celle des apoplexies séreuses, qui procède brusquement comme elles, et revêt la *forme apoplectique :* telle est celle qu'on observe dans l'hydrocéphale aiguë des ventricules survenue dans le cours de l'anasarque de la scarlatine ; l'autre, beaucoup plus lente dans sa manifestation, se montre avec le cortége de presque tous les symptômes qui accompagnent la méningite de la base du cerveau. »

Il n'est évidemment rien de moins positif, et avec les documents que possédaient ces auteurs il n'en pouvait être autrement. Je me contenterai donc de dire que si, dans le cours d'une maladie grave, et surtout dans l'anasarque qui suit la scarlatine, on voit des symptômes cérébraux graves, sans paralysie, on peut soupçonner l'existence de l'hydrocéphale aiguë. Les présomptions seraient beaucoup plus grandes et approcheraient de la certitude si l'on voyait une perte plus ou moins rapide de connaissance succéder à la disparition d'un épanchement séreux ayant

son siége dans un point du corps plus ou moins éloigné de la tête. Mais on sait quelle est l'extrême rareté de ces *apoplexies séreuses*.

Pronostic. On comprend combien le diagnostic doit être grave, puisque l'hydrocéphale, telle que nous la considérons, n'est ordinairement autre chose qu'un accident qui vient accélérer la mort dans le cours d'une autre maladie.

Traitement. Les données que nous avons sur cette maladie sont si peu positives, que les auteurs modernes, les seuls qui l'aient envisagée comme il convient de le faire, ont renoncé à parler du traitement. Dans les observations que nous possédons, et parmi lesquelles il faut en distinguer une que M. Fauvel a communiquée à MM. Rilliet et Barthez, on voit qu'aucun médicament particulier n'a été dirigé contre elle, et qu'on a eu recours aux *révulsifs*, aux *dérivatifs*, aux *vomitifs*, aux *émissions sanguines*, etc., de la même manière que dans tant d'autres affections cérébrales. Je n'ai donc à entrer dans aucun détail sur ce point. J'ajoute seulement que le docteur Weisse (1), de Saint-Pétersbourg, dit avoir employé avec succès le *sublimé corrosif* dans quinze cas, et, en particulier, dans quatre où tout espoir paraissait perdu. La préparation mercurielle était prescrite à la dose de 5 centigrammes dans 120 grammes d'eau distillée, dont on donnait une cuillerée à café toutes les deux heures.

ARTICLE VI.

HYDROCÉPHALE CHRONIQUE.

L'hydrocéphale chronique est une affection beaucoup mieux connue que l'hydrocéphale aiguë, et cependant il reste encore plusieurs points à étudier qui ont échappé aux progrès incontestables de la science. Nous trouvons dans les recherches de M. Legendre plusieurs faits qui prouvent que les kystes sanguins résultant de l'hémorrhagie des méninges peuvent finir, à la suite d'un travail particulier, par ne plus contenir qu'une quantité ordinairement considérable de sérosité plus ou moins limpide. C'est une variété d'hydrocéphale qui demande toute l'attention des observateurs, parce qu'on peut penser qu'elle est la plus susceptible de guérison, et que par conséquent il serait très utile de pouvoir la reconnaître afin de lui opposer avec plus de persévérance des moyens thérapeutiques énergiques. Or nous allons voir dans le cours de cette description que ce diagnostic offre beaucoup de difficultés.

Un grand nombre d'auteurs se sont occupés de cette affection ; mais, ainsi que le font remarquer MM. Rilliet et Barthez, on a trop généralement considéré l'hydrocéphale chronique d'une manière générale, sans distinguer suffisamment l'hydrocéphale apportée en naissant de l'hydrocéphale acquise, et à cette remarque j'ajoute celle que je viens de faire tout à l'heure relativement au genre de lésion que peuvent présenter les méninges dans cette maladie.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'hydrocéphale chronique est une accumulation plus ou moins considérable de sérosité dans la cavité du crâne, épanchement qui a fait des progrès lents, et d'où

(1) *Journ. für Kinderkrankheiten* et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 juillet 1851.

résultent ordinairement l'accroissement du volume de la tête et des symptômes annonçant que le cerveau ne remplit pas librement ses fonctions.

On a divisé l'hydrocéphale en *externe* et en *interne*. La première, qui a pour caractères anatomiques l'accumulation de la sérosité soit entre l'aponévrose crânienne et le péricrâne, soit entre celui-ci et le crâne, ne doit pas nous occuper. Il ne sera donc question dans cet article que de l'hydrocéphale interne, que Breschet divise ainsi qu'il suit (1) : « Dans l'hydrocéphale interne, la sérosité est située : 1° entre la dure-mère et le crâne ; 2° entre la dure-mère et l'arachnoïde ; 3° dans la cavité de l'arachnoïde et à l'extérieur de l'encéphale ; 4° dans les ventricules ; 5° dans le tissu lamineux et vasculaire de la pie-mère. On pourrait encore, ajoute cet auteur, admettre une *troisième espèce* que je nommerais *enkystée*, et que j'ai plusieurs fois rencontrée chez des enfants et chez des adultes. » Malheureusement Breschet ne reparle plus, dans le cours de son article, de ces hydrocéphales enkystées, en sorte qu'on ne peut savoir positivement ce qu'il a voulu entendre par là. Seraient-ce des exemples d'hydrocéphale consécutive à une hémorrhagie dans la cavité arachnoïdienne, comme celle qu'a décrite M. Legendre? C'est ce qu'on ne saurait affirmer. Je n'adopterai pas entièrement cette division tout anatomique. Je pense que la seule hydrocéphale dont nous devons nous occuper est celle qui a son siége dans la grande cavité de l'arachnoïde, dans les ventricules et sous l'arachnoïde elle-même ; qu'il importe surtout de distinguer l'hydrocéphale congénitale de l'hydrocéphale acquise, et que, dans les cas où il s'agit de cette dernière, on doit principalement rechercher si la maladie n'est pas une conséquence d'une hémorrhagie méningée.

§ II. — Causes.

On ne trouve pas dans les auteurs un exposé très précis des causes de cette maladie ; ils ont trop souvent remplacé les faits par des explications. Voici ce qui ressort de plus positif de la lecture des observations.

On a attribué l'*hydrocéphale congénitale* à un *défaut de développement de l'encéphale*, et, dans certains cas, on a trouvé des lésions organiques du cerveau qui ont expliqué l'accumulation de sérosité.

L'hydrocéphale acquise apparaît dans l'*enfance*, mais non très peu de temps après la naissance. Il résulte des faits nombreux que possède la science, que c'est ordinairement vers l'époque de la *première dentition* qu'on observe les premiers symptômes de la maladie. Mais les faits ne sont pas très rares dans lesquels on a vu des enfants de sept, huit, neuf ans et plus, être atteints de cette affection après avoir jusque-là paru exempts de toute lésion du côté de l'encéphale. Cependant, si l'on en croit Breschet, dans les cas de ce genre, l'enfant paraîtrait apporter en naissant une disposition toute particulière à cette affection, et le volume de la tête, l'état des facultés intellectuelles, le développement des membres donneraient des indices de cette disposition. Je ne nie pas qu'il n'en soit ainsi dans un certain nombre de cas d'hydrocéphale non congénitale ; mais, dans plusieurs observations, les auteurs disent si positivement qu'avant de présenter les premiers symptômes, l'enfant n'avait offert rien de remarquable, qu'on ne saurait admettre cette proposition

(1) *Dict. de méd.*, art. HYDROCÉPHALE CHRONIQUE.

dans toute sa généralité. N'avons-nous pas d'ailleurs les exemples d'hydrocéphale chronique consécutive à l'hémorrhagie des méninges dont j'ai parlé plus haut? Or, en pareil cas, l'hémorrhagie nécessaire à la production de l'hydrocéphale a pu être purement accidentelle, sans prédisposition antérieure. Il nous est, du reste, impossible de dire pourquoi, chez certains sujets, l'épanchement sanguin dans la cavité de l'arachnoïde se transforme en un kyste séreux qui peut ensuite acquérir des dimensions très considérables, tandis que chez d'autres, le sang se résorbe souvent d'une manière complète.

Plusieurs auteurs ont regardé l'hydrocéphale chronique comme le résultat de l'*inflammation chronique* des membranes du cerveau ; mais si le fait est vrai pour quelques cas, du moins ne l'est-il pas pour un nombre considérable, car on a trouvé le plus souvent ces membranes exemptes de lésions qu'on pût rapporter à l'inflammation.

Il est rare que dans l'hydrocéphale survenue un certain temps après la naissance, on ne trouve pas une lésion organique qui rende compte de l'accumulation de sérosité. Ce sont ordinairement des *tumeurs* de diverse nature (cancer, tubercules, kystes). MM. Rilliet et Barthez ont, relativement à l'influence exercée sur la production de la maladie par la gêne de la circulation due à l'existence des tumeurs de ce genre dans l'encéphale, cité un passage fort intéressant de Robert Whytt, que les observateurs modernes ont trop oublié. Cet auteur attribue l'hydrocéphale à la compression qu'éprouvent les veines absorbantes, et compare le mécanisme de cet épanchement à celui qu'on observe dans les cas d'ascite dus à l'état squirrheux du foie, de la rate, etc. La remarque est juste, et, ce qui le prouve, c'est que les tumeurs encéphaliques ne produisent l'hydrocéphale que lorsqu'elles sont voisines de la base du crâne, où elles peuvent comprimer des vaisseaux volumineux.

§ III. — Symptômes.

Début. Il est évident que nous n'avons rien à dire du début de l'*hydrocéphale congénitale*. Il n'en est pas de même de l'*hydrocéphale survenue un certain temps après la naissance*. Dans un grand nombre de cas, le début est insensible, et on le conçoit facilement, puisque l'accumulation de la sérosité dépend fréquemment d'une lésion organique dont les premiers progrès ont dû nécessairement passer inaperçus, et que l'épanchement, très peu considérable d'abord, s'est formé très lentement. Quelquefois, au contraire, le début est marqué par des phénomènes graves, qui sont la céphalalgie, des convulsions, la perte plus ou moins rapide de connaissance, etc. Or ce sont là précisément les symptômes qui annoncent l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne. Aussi, lorsqu'on aura vu l'affection commencer de cette manière, devra-t-on soupçonner l'*hydrocéphale enkystée* dont nous avons parlé plus haut. Toutefois ce ne sera pas une certitude, car les auteurs ont rapporté des cas dans lesquels une tout autre lésion s'est, à une certaine époque, manifestée de cette manière.

Une fois la maladie confirmée, elle prend des caractères communs qu'on peut exposer dans une description générale. On trouve dans l'ouvrage de Boyer (1) un

(1) *Traité des maladies chirurgicales.*

tableau de l'état de la tête qui le représente fort bien à son plus haut degré. Je ne saurais mieux faire que de le reproduire ici. J'indiquerai ensuite les variétés assez nombreuses qu'on trouve dans un certain nombre de cas.

« A mesure, dit cet auteur, que la quantité de la sérosité devient plus considérable, les parois du crâne s'écartent de son centre et la tête *augmente de volume.* Les os de la face ne participent point et ne contribuent en rien à cet accroissement ; ils conservent leur forme et leur volume naturels. Les os du crâne qui concourent à son agrandissement sont le cerveau, les pariétaux, la partie supérieure de l'occipital et un peu la partie écailleuse des temporaux. Ces os prennent plus d'étendue, s'amincissent et deviennent comme membraneux ; le front s'étend, s'élève, s'avance sur les yeux et le visage, qui en paraît plus étroit et plus court ; l'angle que la partie supérieure du coronal, devenu plus large, forme avec la portion orbitaire, diminue et s'efface presque entièrement, en sorte que l'œil est porté en bas et caché par la paupière inférieure, qui monte jusqu'au niveau du centre de la pupille. Cette disposition, comme le remarque Camper, suffirait seule pour faire reconnaître l'hydrocéphale quand tout le reste de la tête serait couvert. Les os qui forment la voûte du crâne sont écartés, et les intervalles plus ou moins grands qui les séparent sont occupés par une membrane mince à travers laquelle on sent distinctement la *fluctuation* de l'eau. L'écartement est très grand entre les pariétaux, et surtout aux fontanelles. La membrane qui remplit ces espaces est quelquefois distendue à un point tel, qu'elle forme une *tumeur longitudinale* très visible. En appuyant fortement les doigts sur toutes les parties de la tête, *on n'y laisse aucune dépression*, et les intervalles des os cèdent à cette compression comme le ferait une vessie pleine d'eau. En percutant légèrement l'un des intervalles, on sent le *flot du liquide* à la partie opposée. Partout ailleurs, c'est-à-dire, dans les parties qui doivent être naturellement osseuses, on sent de la résistance. »

Telle est la disposition de la tête dans la maladie à son degré extrême ; mais il est des cas qui ne sauraient trouver place dans cette description. Et d'abord on voit des sujets hydrocéphales chez lesquels *le volume de la tête n'a pas sensiblement augmenté.* Cette disposition se rencontre parfois dans des cas d'hydrocéphale congénitale dans lesquels y a arrêt de développement, et qui par conséquent nous intéressent peu, car ils n'ont qu'un intérêt anatomo-pathologique, mais on l'a observée aussi à une époque assez avancée de l'existence, et, suivant M. Gœlis, elle se manifeste le plus souvent chez les adultes. En second lieu, on a également cité des cas dans lesquels les sutures n'ont pas été écartées, bien que le volume de la tête eût notablement augmenté. Dans ces cas, la fluctuation ne peut être sentie. Enfin, chez quelques sujets, les os ne sont pas sensiblement amincis. On doit reconnaître néanmoins que tous ces cas sont rares ; car même dans l'hydrocéphale survenue un certain temps après la naissance, on voit les os s'amincir, les sutures s'écarter et la forme de la tête se rapporter à la description qu'en a tracée Boyer.

Le docteur Fischer, dans ses recherches sur l'auscultation de l'encéphale, a avancé qu'on entendait un *bruit de souffle* sur la fontanelle antérieure. Les observateurs qui ont voulu vérifier le fait n'ont entendu aucun bruit anormal et n'ont perçu que le bruit respiratoire qui a lieu dans les fosses nasales et l'arrière-gorge. Cependant cet auteur est entré dans des détails très circonstanciés à ce sujet ; il

a signalé les différences qui existent entre le *bruit encéphalique de la respiration* et le *bruit de soufflet encéphalique*, qui est dû, selon lui, à la compression éprouvée par les artères de la base du cerveau. C'est par conséquent un point à étudier de nouveau. J'y reviendrai à propos de quelques autres maladies cérébrales.

Les symptômes qui sont la conséquence de cet état de l'encéphale sont peu variables; cependant ils ne sont pas tous constants, surtout dans les premiers temps de la maladie qui, suivant Breschet, n'est souvent caractérisée que par la *vacillation des muscles volontaires* et la *difficulté de tenir le corps en équilibre.*

Lorsque la maladie fait des progrès, on observe ce qui suit : les malades sont *tristes* et tranquilles ; ils ne se plaignent généralement d'aucune douleur un peu vive dans les cas d'hydrocéphale congénitale ; mais il n'en est pas de même dans ceux qu'on a observés chez des sujets affectés un certain temps après la naissance ; car MM. Rilliet et Barthez, qui ont décrit spécialement les cas de ce genre, ont noté une *céphalalgie* fréquente et parfois vive dans les premiers temps de la maladie et jusqu'à ce qu'il survienne une insensibilité complète.

Les autres symptômes se montrent principalement du côté des organes des sens et des organes locomoteurs.

La *vue* ne tarde pas à s'affaiblir, et, à une certaine époque, elle se perd complétement. L'*œil* reste néanmoins net et même brillant ; mais il est sans regard et parfois affecté de mouvements presque incessants de droite à gauche et de gauche à droite. Vogel et Monro, cités par Breschet, ont signalé, dans les premiers temps de la maladie, une *douleur des yeux* qui se dissipe ensuite à mesure que la paralysie fait des progrès.

L'*odorat* éprouve le même affaiblissement et finit par se perdre. Quelquefois il est perverti. On a noté des *picotements* dans les narines et la *sécheresse* de ces cavités ; mais ces symptômes ne sont pas constants.

L'*ouïe* résiste plus longtemps. On a remarqué que chez quelques sujets le bruit produisait un effet agréable, tandis que chez d'autres il était difficilement supporté. A une époque un peu avancée, il y a *surdité* complète.

Le *goût* ne paraît pas altéré. Suivant Gœlis, l'*écoulement de la salive* par la bouche toujours béante est un phénomène ordinaire de la maladie.

La *parole*, dans les premiers temps, est encore possible, mais elle est difficile à cause de l'altération de l'intelligence dont je vais parler tout à l'heure, et aussi à cause de la difficulté qu'ont les malades à mouvoir la langue. La *voix* est nasillarde et désagréable. A une époque avancée, il y a *mutisme* complet, ou du moins une extrême difficulté à s'exprimer.

La *motilité* présente des symptômes dont l'intensité va également croissant à mesure que la maladie fait des progrès. D'abord les malades peuvent se tenir debout, marcher, quoique vacillants, et même sauter ; plus tard ils se tiennent constamment assis, et enfin ils ne peuvent plus se soutenir et sont forcés de rester couchés. Le poids de la tête peut encore être supporté, quoique avec peine, dans le commencement, mais plus tard ce poids augmentant et la force musculaire diminuant, la tête est tombante sur la poitrine.

Dans les derniers temps, les malades éprouvent souvent, lorsqu'on les met en leur séant, des *vertiges*, des *vomituritions* et même de la *céphalalgie*. Les *convulsions* ne sont pas rares à cette époque. La *sensibilité* est souvent diminuée, parfois

abolie ; mais MM. Rilliet et Barthez ont noté que ce symptôme ne se rencontrait que dans une partie du corps plus ou moins étendue.

L'*intelligence*, dans les cas d'hydrocéphale non congénitale, subit des altérations en rapport avec les progrès des symptômes qui viennent d'être mentionnés. Conservée, en grande partie du moins, pendant les premiers temps, elle ne tarde pas à s'affaiblir. Les malades ne comprennent que difficilement les questions ; ils y répondent lentement, avec peine, et ne sortent de leur torpeur que pour manifester leurs passions. Suivant Gœlis, cité par Breschet, ils ont une manière particulière d'exprimer leur colère et leur joie, en sautant plusieurs fois les deux pieds étendus et les bras pendants. Plus tard ils tombent dans l'idiotisme ; ils peuvent encore néanmoins manifester leurs passions par leurs rires et par leurs cris ; mais, à la fin de la maladie, l'intelligence est complétement abolie.

Du côté des *voies digestives*, les symptômes tardent beaucoup plus longtemps à apparaître. On n'observe d'abord qu'une *constipation* difficile à vaincre ; puis la paralysie gagnant les intestins eux-mêmes, les évacuations alvines deviennent involontaires ; mais l'appétit se conserve fort longtemps et ne se perd que dans les derniers temps de la maladie. Il en résulte que pendant assez longtemps les *fonctions nutritives* s'exécutent bien et que les malades ont un embonpoint assez considérable ; mais à la fin on observe une *émaciation* souvent extrême, et alors le contraste qui existe entre le volume énorme de la tête et l'exiguïté des membres est des plus frappants.

Du côté de la *respiration*, on n'observe également des symptômes un peu notables que vers la fin de la maladie et lorsque la paralysie s'est emparée des muscles inspirateurs. Ce sont des *étouffements*, de l'*oppression*, des *inspirations incomplètes*, et une *suspension momentanée de la respiration*, pendant laquelle on voit la face se congestionner et les convulsions survenir.

Enfin on a noté un *décubitus* particulier dans plusieurs cas de cette affection. Les malades se couchent parfois sur le ventre et sur la face ; ils veulent avoir leur tête plus basse que le corps, etc.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Ainsi que nous venons de le voir, la *marche* ordinaire de la maladie est continue et progressivement croissante. On a cependant cité des cas dans lesquels, à différentes époques, l'affection semblait prendre une impulsion nouvelle. Elle peut rester très longtemps stationnaire après avoir fait des progrès plus ou moins rapides, et l'on voit alors les sujets vivre parfois un très grand nombre d'années dans un état de faiblesse plus ou moins grande de l'intelligence, qui peut aller jusqu'à l'idiotisme complet.

La *durée* de cette affection est très variable. Breschet cite un assez bon nombre de cas dans lesquels des sujets ont vécu vingt, trente, quarante et même soixante-dix ans avec une hydrocéphale confirmée. Il est rare que la durée ne soit pas au moins d'un ou deux ans. Toutefois, lorsque la maladie présente à son début les symptômes aigus indiqués plus haut, sa durée peut être notablement plus courte.

La *terminaison* ordinaire de l'hydrocéphale chronique est la mort. On a néanmoins cité un certain nombre d'exemples de guérison. J'y reviendrai en parlant du traitement.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je dois me borner à une énumération très rapide des lésions anatomiques. Lorsque la tête a augmenté de volume, on trouve les os du crâne amincis, transparents et se pliant avec facilité. Leurs bords sont écartés et unis entre eux par une membrane fibreuse. Si l'hydropisie occupe les ventricules, ceux-ci sont dilatés et la substance cérébrale est amincie et paraît déplissée. Dans quelques cas, on n'a trouvé qu'une grande cavité au centre du cerveau, à laquelle la substance cérébrale très amincie formait comme un grand kyste. Cette substance paraît ordinairement d'une consistance plus grande qu'à l'état normal ; parfois cependant elle est un peu ramollie.

Lorsque l'épanchement a lieu dans la cavité de l'arachnoïde, il se présente avec des caractères différents suivant les cas. Si l'hydrocéphale a succédé à une hémorrhagie intra-arachnoïdienne, on trouve la sérosité dans un ou plusieurs kystes, qui ne sont autre chose que ceux que j'ai décrits à l'article consacré à cette hémorrhagie (1). Dans le cas contraire, le liquide distend plus ou moins fortement l'arachnoïde, et le cerveau, suivant la comparaison faite par MM. Rilliet et Barthez, paraît comprimé comme le poumon dans l'épanchement pleurétique.

Je ne crois pas devoir parler des arrêts de développement et des diverses lésions organiques qu'on observe dans plusieurs cas. Il me suffit d'en rappeler l'existence.

La quantité du liquide contenu dans les cavités peut être très considérable. Il est ordinairement blanc et limpide, parfois il contient quelques flocons albumineux ; mais, dans ces cas, il est survenu presque toujours, vers la fin de la maladie, quelques symptômes aigus qui ont emporté les malades.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de cette affection ne présente ordinairement aucune difficulté lorsque la maladie est confirmée. Cependant MM. Rilliet et Barthez ont cité un exemple d'erreur. Une petite fille qui avait un *rachitisme des os du crâne* fut prise pour une hydrocéphale. On évitera cette erreur en ayant égard à l'état des sutures, à la forme de la tête, et surtout à l'état de l'intelligence, qui, chez les rachitiques, n'est pas affaiblie, et est souvent plus vive que chez les autres enfants du même âge.

Les mêmes auteurs ont établi le diagnostic entre l'hydrocéphale et le développement de la tête par suite de l'*hypertrophie du cerveau.* Mais ils font remarquer eux-mêmes l'extrême rareté de cette dernière affection, de sorte que ce diagnostic perd beaucoup de son importance. Contentons-nous de dire que, dans l'hypertrophie du cerveau, on ne trouve pas cette abolition de la motilité, cet affaiblissement des sens, qui surviennent lentement et qui caractérisent l'hydropisie, tandis qu'au contraire cette hypertrophie se manifeste par des symptômes aigus. La marche de la maladie sert également à la faire distinguer des affections aiguës des méninges.

M. Legendre a établi ainsi qu'il suit le diagnostic entre l'hydrocéphalie ordinaire et celle qui survient à la suite d'une *hémorrhagie enkystée de l'arachnoïde.* Dans le premier cas, la maladie est souvent congénitale et débute à une époque rapprochée de la naissance ; la tête grossit graduellement et peut acquérir un volume

(1) Voy. *Hémorrhagie des méninges.*

énorme ; l'affection se manifeste sans cause occasionnelle appréciable. Au contraire, l'hydrocéphale qui suit l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne n'est jamais congénitale, elle débute ordinairement vers l'âge de dix mois, c'est-à-dire vers l'époque de l'éruption des dents. La tête se dilate peu à peu, mais n'acquiert pas un volume aussi considérable que dans l'hydrocéphalie ordinaire ; enfin cette espèce est toujours précédée de convulsions répétées ou d'accidents cérébraux qui marquent l'époque du début de l'hémorrhagie méningée.

Pronostic. Le pronostic de l'hydrocéphale chronique, quelle que soit l'espèce à laquelle on a affaire, est toujours grave. Dans les cas où il s'agit d'une hydrocéphale congénitale, tout ce qu'on peut espérer, c'est de voir, pendant un temps assez long, les sujets vivre d'une vie incomplète, sans éprouver de grandes souffrances et dans un état très supportable. Lorsqu'il s'agit d'une hydrocéphale survenue un peu de temps après la naissance, on peut espérer la guérison si le mal n'a pas fait de très grands progrès, mais cet espoir est encore très borné, car la maladie a une grande tendance à augmenter. C'est surtout dans les cas où l'affection est la conséquence d'une hémorrhagie intra-arachnoïdienne qu'on a le plus de motifs d'espérer. Mais quelle que soit l'espèce d'hydrocéphale, si la paralysie a fait des progrès notables, si les sens sont considérablement altérés, si l'intelligence est en grande partie abolie, on doit s'attendre à voir la mort survenir dans un espace de temps d'autant plus rapproché que ces symptômes sont plus marqués. Les maladies intercurrentes qui surviennent en pareil cas rendent surtout le pronostic des plus graves, car elles emportent ordinairement les malades.

§ VII. — Traitement.

La phrase suivante de Breschet (1) prouve assez combien doit être limitée la confiance que peuvent inspirer les moyens recommandés par les auteurs pour la guérison de l'hydrocéphale chronique : « Si, dit-il, on peut juger de l'incurabilité d'une maladie par le nombre des remèdes proposés dans son traitement, on devra s'attendre à voir figurer, pour combattre l'hydrocéphale chronique, une quantité prodigieuse de médicaments. » Or c'est ce qui a lieu et ce qui expliquera la rapidité avec laquelle nous glisserons sur ces moyens divers ; car ce qu'il importe avant tout, c'est de ne pas encombrer la thérapeutique d'une multitude de remèdes sans importance et dont l'expérience ne nous a pas appris l'efficacité.

Je me contenterai donc d'énumérer simplement beaucoup de ces moyens, n'insistant que sur les traitements dont certains faits ont démontré l'action salutaire.

Les *émissions sanguines* ne sont pas généralement conseillées, à moins qu'il ne survienne des symptômes d'une maladie aiguë : M. Legendre pense néanmoins qu'elles peuvent être utiles dans l'espèce d'hydrocéphale qu'il a étudiée ; mais c'est ici le lieu de faire une remarque qui s'applique à tout le traitement proposé par cet auteur, aussi bien qu'à celui qu'ont préconisé beaucoup d'autres médecins. M. Legendre ne rapporte aucun cas de guérison, ni même d'amélioration un peu marquée ; tous les moyens qu'il recommande ne peuvent donc être mis en usage qu'à titre d'essai, et pour s'assurer si les indications qu'on a tirées de l'étude des symptômes et des lésions sont bien exactes et sont convenablement remplies par ces moyens.

(1) *Loc. cit.*

On a vanté les *diurétiques*, recommandés dans toutes les hydropisies, ainsi que les *purgatifs* fréquemment répétés. Les *sudorifiques* et les *sialagogues* ont été également mis en usage, et l'on comprend facilement quelle indication on a voulu remplir par ces divers moyens. On a voulu porter sur une partie du corps l'exhalation séreuse qui se fait dans les cavités cérébrales.

Mercuriaux à l'intérieur et à l'extérieur. Les mercuriaux sont la base du traitement célèbre de Gœlis, que, pour cette raison, je vais présenter ici dans son ensemble.

TRAITEMENT DE GŒLIS.

A une époque rapprochée du début de l'hydrocéphale chronique, et chez un enfant qui ne présente ni scrofules ni rachitisme, on agit ainsi qu'il suit :

1° Après avoir fait raser la tête de l'enfant, on lui fait, matin et soir, des frictions avec la pommade suivante :

℞ Onguent de genièvre......	25 gram.	Onguent mercuriel...	de 10 à 15 gram.

Mêlez.

2° Dans l'intervalle des frictions, la tête doit être soigneusement couverte d'un *bonnet de laine.*

3° Deux fois par semaine, on doit faire prendre au malade un *bain alcalin* avec le *carbonate de soude.*

4° En même temps on administre la poudre suivante :

℞ Calomel...............	0,30 gram.	Sucre blanc.............	15 gram.

Mêlez. Faites trente paquets. Dose : un le matin et un le soir.

Si les évacuations alvines déterminées par le calomel étaient trop abondantes, il faudrait d'abord suspendre ce médicament, et si, à la reprise, il produisait le même effet, on devrait le supprimer entièrement.

5° Le *régime*, quand il s'agit des enfants à la mamelle, est bien simple, car il consiste à tenir le malade exclusivement au sein. A un âge plus avancé, il faut, suivant Gœlis, prescrire une alimentation principalement composée de viandes et d'œufs ; il conseille aussi l'usage du *café de glands*, et proscrit complétement les substances grasses.

6° On recommandera le séjour au grand air pendant la plus grande partie de la journée, si la saison le permet. Pendant l'hiver, on tiendra le malade dans une chambre dont la température sera maintenue à 18 ou 19 degrés centigrades. On le fera coucher sur des matelas de crin, et l'on tiendra son lit également éloigné du feu et des courants d'air.

Gœlis ne s'est pas borné, comme l'ont fait malheureusement beaucoup d'autres auteurs, à recommander les divers moyens qui viennent d'être indiqués, et qui composent son traitement ; il a encore cité des faits en assez bon nombre à l'appui de son efficacité, et c'est ce qui donne une importance majeure à la médication qu'il propose. Il est fâcheux néanmoins qu'il n'ait pas spécifié avec beaucoup de soin les cas dans lesquels ce traitement a été avantageux et ceux dans lesquels il a échoué. Je n'ai pas besoin de dire combien un pareil travail serait instructif.

Si, malgré les moyens employés, la maladie ne cède pas et fait des progrès,

Gœlis recommande d'avoir recours aux *diurétiques*, aux *exutoires* entretenus avec le mézéréum ou le tartre stibié ; et si aux symptômes déjà existants viennent se joindre des signes d'inflammation des méninges, il conseille naturellement de recourir aux *émissions sanguines*. Mais on peut dire que, lorsque les choses en viennent là, il n'y a plus rien à espérer, et, par conséquent, cette seconde partie du traitement ne doit pas nous arrêter.

Le docteur Hoskins (1) a obtenu, à l'aide de l'*iodure de potassium* et après trois semaines de traitement, la guérison d'une hydrocéphale datant de vingt mois. Le médicament fut donné à la dose de 0,025 grammes toutes les quatre heures ; on purgeait en même temps l'enfant tous les trois jours avec de la poudre de scammonée composée.

On a prescrit les *toniques*, et principalement le *quinquina ;* l'*iode* et ses préparations à l'intérieur et à l'extérieur ; le *fer* et ses préparations, etc., suivant qu'on a pensé que la maladie était due à un vice scrofuleux, rachitique ou autre ; mais rien ne prouve que ces moyens aient eu un véritable succès. Lorsque, en désespoir de cause, le praticien sera obligé d'y avoir recours, il ne devra donc avoir qu'une confiance très limitée dans leur efficacité.

Beaucoup d'auteurs ont recommandé les *applications irritantes* sur la tête. Les uns veulent qu'on couvre cette partie de *sable chaud ;* les autres y appliquent du *vinaigre scillitique* préalablement chauffé ; ceux-ci préconisent les fomentations aromatiques, les frictions *éthérées ;* ceux-là veulent qu'on applique un large *vésicatoire* sur la tête préalablement rasée. Si, à l'appui de ces recommandations, on apportait des faits bien concluants, nous devrions y insister davantage ; mais c'est ce qu'on ne trouve pas dans les auteurs même qui montrent le plus de confiance dans le traitement qu'ils proposent. Un seul fait mérite d'être signalé, c'est le suivant : M. le docteur Salgues, de Dijon (2), a rapporté un cas très remarquable de guérison d'une hydrocéphale chronique, survenue après la disparition rapide d'un impétigo du cuir chevelu, par les *vésicatoires répétés sur toute la tête.* Tous les huit jours, on appliquait un nouveau vésicatoire ; au bout de trois mois, la guérison était parfaite. Ce fait ne doit pas être perdu pour la pratique ; mais il faut remarquer qu'il s'agissait ici d'une hydrocéphale ayant une cause occasionnelle bien évidente, et qu'il ne faudrait pas en conclure que la guérison aurait lieu avec la même facilité dans l'hydrocéphale spontanée, bien autrement grave.

Disons maintenant quelques mots du traitement chirurgical sur lequel les avis sont partagés.

Moyens chirurgicaux. On a proposé la *compression* de la tête. Cette compression s'exerce à l'aide de bandelettes agglutinatives dont on couvre le crâne préalablement rasé. On resserre ces bandelettes à mesure que le crâne cède à la compression. Dans un article de journal cité par MM. Rilliet et Barthez, il est question de trois cas d'hydrocéphale dans lesquels la compression, continuée pendant trois mois, aurait produit une diminution d'un demi-pouce dans la circonférence de la tête. Mais les auteurs que je viens de citer ont fait remarquer avec raison qu'il faudrait des détails plus circonstanciés et une description plus exacte du malade.

(1) *The Lancet*, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 29 février 1852.
(2) *Revue méd. de Dijon*, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, février 1848.

pour être convaincu de l'efficacité de ce traitement, et que, d'ailleurs, on ne cite pas un seul cas de guérison complète.

Perforation, *trépanation du crâne*. Plusieurs chirurgiens célèbres ont eu recours à la *ponction* pratiquée sur les sutures ou les fontanelles, dans les cas où les os sont séparés, ce qui a lieu ordinairement, ou bien à la trépanation, lorsque les sutures se sont solidifiées; mais d'autres, parmi lesquels il faut citer Mercati et Dupuytren, ont proscrit cette opération, même dans les cas extrêmes, après l'avoir employée sans succès, ou plutôt après avoir vu des accidents inflammatoires emporter rapidement les malades à la suite de l'opération. Il semble donc que la question soit très difficile à résoudre; mais M. Durand-Fardel (1) a fait connaître un relevé de faits desquels il résulte que, dans une proportion assez grande des cas, la ponction a procuré une guérison radicale. Dès lors la conduite du médecin me semble toute tracée. Lorsque la maladie a résisté aux divers moyens généralement employés, et surtout lorsqu'elle n'a pas cessé de faire des progrès malgré ces moyens; en un mot, quand on a acquis la conviction, non seulement que la médication ordinaire ne peut pas diminuer l'intensité des symptômes, mais encore qu'elle ne saurait réussir à rendre la maladie stationnaire, et que l'existence du malade est sérieusement menacée, on doit recourir à la ponction, en se pénétrant bien néanmoins de sa gravité, en la donnant comme moyen extrême, et en prévenant les parents du malade des accidents qui peuvent survenir.

PONCTION DU CRANE.

On se sert, pour pratiquer cette opération, d'un trois-quarts de volume peu considérable, que l'on enfonce, dans les cas d'hydrocéphale ordinaire, soit au niveau de la partie moyenne de la suture coronale, soit, suivant le conseil de M. Malgaigne, sur la suture fronto-pariétale, vers la limite de la fosse temporale. Mais, s'il s'agit d'une hydrocéphale succédant à une hémorrhagie des méninges, il faut, suivant M. Legendre, qui a étudié les faits sous ce point de vue, choisir un autre point. « Le lieu d'élection pour la ponction devrait être, dit-il, la *fontanelle antérieure*, point où les faits d'anatomie pathologique nous ont démontré que les parois du kyste étaient écartées et que le liquide se rencontrait de préférence. Si, dans cette variété d'hydrocéphale chronique, on pratiquait la ponction dans l'endroit recommandé par M. Malgaigne (la suture fronto-pariétale), on s'exposerait à blesser le cerveau et à ne pas obtenir de liquide; car, nous l'avons dit, souvent les deux feuillets du kyste sont réunis au niveau des parties latérales des hémisphères. Le trois-quarts, ajoute M. Legendre, devrait être enfoncé perpendiculairement, *un peu en dehors de la ligne médiane, de manière à éviter le sinus longitudinal supérieur ;* il suffirait de le faire pénétrer à six ou huit millimètres de profondeur, car pour arriver à l'épanchement, il suffit de traverser la peau et la fontanelle antérieure. » On voit, d'après cela, qu'il est important d'avoir présents à l'esprit les signes diagnostiques de cette espèce d'hydrocéphale chronique.

Quant à l'*opération du trépan*, elle ne présente rien de particulier dans ce cas.

Je ne m'étendrai pas davantage sur ce traitement, pour lequel il serait inutile de donner un résumé, puisque, pour les raisons exposées plus haut, je n'ai fait que

(1) *Bulletin de thérapeutique*, t. XV.

l'indiquer ; mais je dirai un mot des moyens qu'on a conseillé de mettre en usage comme traitement prophylactique.

Traitement prophylactique. On a tracé des règles de conduite à suivre dans les cas où l'on est consulté pour un enfant qui présente une disposition marquée à l'hydrocéphale chronique. Mais d'abord je dois faire remarquer que les signes de cette disposition ne sont rien moins que certains. On peut s'en convaincre en relisant ce que j'ai dit à ce sujet dans le paragraphe consacré aux causes. Cette remarque rendra, sans doute, le médecin très circonspect dans ce qu'il entreprendra pour prévenir la maladie, et inspirera peu de confiance dans les moyens autres que les agents hygiéniques.

On recommande de ne pas hâter l'éducation des enfants dont la tête est d'un volume en disproportion avec celui du corps ; de leur faire faire un exercice actif en plein air quand le temps le permet, et de leur tenir les cheveux courts. Ces moyens, qui sont bons pour tous les enfants, ne sauraient trouver aucune objection ; mais sont-ils de nature à atteindre le but qu'on se propose, si réellement la disposition à l'hydrocéphale existe ? C'est ce qui n'est pas démontré.

On a généralement conseillé de respecter les éruptions diverses, les maladies cutanées qui se développent sur la tête et sur la face chez les sujets dont nous nous occupons. Quelques faits semblent prouver qu'une disparition trop brusque d'une de ces affections peut avoir les effets funestes que l'on redoute ; mais ce n'est pas encore là une démonstration ; et, dans tous les cas, rien ne prouve qu'on ne puisse pas débarrasser les enfants de ces maladies dégoûtantes et dont les conséquences peuvent être fâcheuses, pourvu qu'on agisse avec prudence et qu'on ne cherche pas à faire disparaître toute la maladie à la fois. On essaiera par conséquent d'attaquer, par les moyens appropriés, l'exanthème dans un point, et si l'on réussit sans accidents, on attaquera les autres successivement.

Quant aux *frictions stimulantes* sur la tête et sur le cou, aux *bains excitants* et surtout aux *exutoires*, c'est principalement dans leur emploi que l'incertitude où nous sommes de l'existence réelle de la prédisposition doit nous rendre circonspects.

Telles sont les affections des méninges cérébrales dont j'ai cru devoir m'occuper particulièrement. Je vais maintenant présenter l'histoire des affections du *cerveau*, du *cervelet*, et de la *protubérance annulaire* ou *mésocéphale*, de manière à compléter le tableau des maladies encéphaliques.

SECTION DEUXIÈME.

MALADIES DU CERVEAU, DU CERVELET ET DE LA PROTUBÉRANCE CÉRÉBRALE.

Parmi les maladies dont je vais m'occuper dans cette section, il en est quelques unes qui ont été étudiées avec le plus grand soin, et sur lesquelles nous avons les documents les plus précieux : telles sont l'hémorrhagie cérébrale et le ramollissement ; mais il en est d'autres aussi, comme les tumeurs du cerveau, sur lesquelles nous ne possédons que des documents incomplets, quoique intéressants.

Quelques unes de ces affections ont attiré spécialement l'attention dès les premiers temps de la médecine. C'est ainsi que l'*apoplexie*, nom sous lequel on a

longtemps compris, ainsi que nous le verrons plus loin, des affections différentes, a trouvé à toutes les époques de nombreux historiens; mais même relativement à cette affection, les travaux modernes ont fait faire à la science des progrès, qui lui étaient interdits jusqu'au moment où l'on a étudié avec ardeur et persévérance l'anatomie pathologique. On sait quelle est, sur l'hémorrhagie cérébrale, la valeur des recherches de Morgagni, qui mettait à profit non seulement ses observations, mais encore celles de ses devanciers; ce sont ces recherches qui ont servi de point de départ aux auteurs qui, comme Prost, Marandel, Rochoux (1), Riobé (2), Abercrombie (3), M. Andral (4), ont fait de l'apoplexie cérébrale l'objet d'études particulières; mais on ne peut nier que, sous le rapport de la précision et de l'exactitude des détails, et relativement à plusieurs points qui avaient échappé aux investigations du siècle dernier, les travaux modernes, parmi lesquels se distingue celui de Rochoux, n'aient une supériorité réelle.

Quant au ramollissement cérébral, bien qu'en le recherchant dans les écrits des premiers auteurs qui se sont occupés d'anatomie pathologique, on en trouve des exemples évidents, il n'est pas douteux que l'histoire de cette maladie ne date de ces vingt ou trente dernières années, et ne doive ses principaux détails aux travaux de MM. Rostan, Lallemand, Bouillaud, Andral, Durand-Fardel, Dechambre et quelques autres dont j'aurai plus loin à citer les recherches.

On voit par ces exemples que, dans l'histoire des affections du cerveau, comme dans celle de tant d'autres, c'est surtout à notre époque qu'il faut demander les documents les plus exacts et les plus précis. Cependant je citerai maintes fois des opinions soutenues avant le dernier siècle; mais, je dois le dire d'avance, ce sera presque toujours pour en faire voir le peu de fondement.

Quoique j'aie intitulé cette section *Maladies du cerveau, du cervelet et de la protubérance cérébrale*, je n'ai nullement l'intention de traiter séparément des maladies de ces diverses portions de l'encéphale; j'ai voulu seulement dire que les affections dont je vais présenter le tableau ont leur siége soit dans l'une, soit dans l'autre de ces parties. S'il s'offre quelque particularité importante relativement au siége précis de la maladie, je ne manquerai pas de la signaler; mais il ne conviendrait pas de pousser plus loin la division.

ARTICLE Ier.

CONGESTION CÉRÉBRALE.

Quelques auteurs (5) rangent la congestion cérébrale parmi les apoplexies. Il est assurément des cas dans lesquels tout porte à agir ainsi, car, sauf les déchirures du tissu cérébral et l'épanchement sanguin, qui peuvent même être regardés comme des degrés extrêmes de la congestion sanguine, tout est semblable; mais il en est d'autres, et particulièrement ceux que M. Andral décrit dans sa première

(1) *Rech. sur l'apoplexie.* Paris, 1833.
(2) *Obs. prop. à résoudre cette quest.: L'apoplexie dans laquelle se fait un épanchement de sang dans le cerveau est-elle susceptible de guérison?* Paris, 1816.
(3) *On apoplexia and paral.*, 1819 et 1820.
(4) *Clinique médicale.*
(5) *Compendium de méd.*, t. I, art. *Apoplexie.*

forme de congestion cérébrale, qui ne sauraient être pris pour des apoplexies, même en ne considérant que les prodromes de ces dernières affections. Sans donc blâmer absolument cette réunion de maladies qui ont tant de points de contact, je crois qu'il est bien plus important pour la pratique de supprimer ce vieux mot d'*apoplexie*, qui désigne des maladies très diverses, et de décrire séparément la congestion, l'hémorrhagie, le ramollissement, bien que dans toutes ces affections il y ait des symptômes apoplectiques très évidents. C'est, du reste, il faut le reconnaître, la marche qu'ont suivie les auteurs dont je viens de parler, quand ils en sont venus aux détails.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de congestion cérébrale à une affection dans laquelle une plus ou moins grande quantité de sang s'accumulant dans l'encéphale sans rompre les parois vasculaires, il survient des symptômes subits ou progressifs qui portent principalement sur l'intelligence, la sensibilité et la motilité. On conçoit qu'un pareil état pathologique peut se rencontrer dans un bon nombre d'affections, et surtout d'affections cérébrales ; mais suivant toujours le plan que nous nous sommes tracé, nous ne nous occuperons ici que des cas où la congestion est la maladie principale, ou du moins n'est pas entièrement dominée par les symptômes d'une maladie antérieure.

Il résulte de ce qui précède que cette affection, dans sa forme la plus grave, a dû nécessairement être longtemps décrite sous le nom d'*apoplexie*, et qu'on lui a donné toutes les dénominations qui sont synonymes de ce terme général. On l'a encore appelée *coup de sang*, et c'est sous ce nom qu'elle est connue dans le vulgaire ; enfin quelques auteurs se servent du mot *hypérémie cérébrale*, beaucoup moins usité que celui de *congestion*.

La *fréquence* de la congestion cérébrale est assez grande, si l'on n'exige pas, pour caractériser la maladie, des symptômes semblables à ceux de l'*hémorrhagie cérébrale*, c'est-à-dire l'hémiplégie, la perte de la sensibilité, etc. On peut dire, au contraire, que les cas de ce dernier genre, dont l'existence est bien démontrée, sont fort rares. M. Andral (1) en a cité quelques uns qui peuvent compter parmi les plus intéressants.

§ II. — Causes.

Les causes de la congestion cérébrale ont été étudiées avec assez de soin, et quelques unes des questions étiologiques qui lui sont relatives ont été résolues à l'aide de chiffres, ce qui donne un certain degré de précision à cette partie de l'histoire de la maladie.

1° Causes prédisposantes.

Parmi les causes prédisposantes, nous trouvons d'abord l'*âge*, dont l'influence est évidente. La congestion cérébrale est une maladie presque inconnue dans l'enfance ; elle se montre quelquefois dans l'âge adulte, mais c'est chez le vieillard qu'on la voit principalement se produire.

Le *sexe* a aussi, d'après les recherches des auteurs, et principalement de M. Lal-

(1) *Clinique médicale*, t. V.

lemand (1), une influence réelle. Cet auteur a trouvé la congestion cérébrale beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

On n'a pas moins accordé d'action aux *habitudes hygiéniques*, à la *constitution*, au *tempérament sanguin*, à la *brièveté du cou*, à la *vie sédentaire*, à l'*hypertrophie du cœur;* mais ce sont là des causes que nous retrouverons lorsqu'il s'agira de l'*hémorrhagie cérébrale*, et il sera temps alors de nous en occuper. Je renvoie, par conséquent, le lecteur à l'histoire de cette dernière maladie.

Saisons. Les observations qui ont été faites à Paris, à Turin, en Hollande, ont fait voir que la congestion cérébrale était plus fréquente en hiver qu'en toute autre saison; puis vient l'été, puis le printemps, puis l'automne. On en a conclu que l'abaissement et l'élévation de la température étaient deux circonstances opposées qui avaient à peu près la même influence sur la production de la maladie. Mais, dans cette question de statistique, comme dans tant d'autres, on n'est pas entré assez avant dans l'examen des faits, et c'est peut-être à tort qu'on a tiré la conclusion précédente d'une investigation superficielle. En hiver, beaucoup d'individus restent souvent toute la journée dans des appartements d'une température très élevée; il y a à considérer la chaleur des poêles, celle qui résulte des réunions nombreuses, etc. Si les observations avaient été recueillies avec tous leurs détails, on pourrait savoir si c'est réellement à l'abaissement de la température extérieure ou à l'élévation de la température intérieure qu'il faut rapporter le grand nombre de congestions qu'on observe dans la saison froide.

Toutefois il ne paraît pas douteux, d'après le récit des voyageurs, que le *froid très intense* ne produise des congestions cérébrales souvent mortelles. Mais, en pareil cas, n'y a-t-il qu'une congestion cérébrale, ou existe-t-il une stase générale du sang, dont cette congestion n'est qu'un effet? Cette dernière manière de voir me paraît devoir être admise, et dès lors la question reste telle que je viens de la poser. Mais j'arrive aux causes occasionnelles, sur lesquelles j'ai un peu anticipé en parlant de l'action rapide d'un froid intense.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles sont assez nombreuses. Je citerai d'abord *certains mouvements et certaines positions du corps.* On a vu des individus atteints de congestion cérébrale dans les *grands efforts pour soulever un fardeau.* On voit quelquefois des sujets qui, en faisant ces efforts, se relèvent avec un pointillé sanguin sur la face, et principalement autour des yeux ; ce sont de petites ecchymoses très fines. Or on comprend très bien qu'une congestion cérébrale très forte puisse avoir lieu en pareil cas. Le même effet a été produit par les efforts de la défécation, par les grands mouvements, par l'action de valser, par une position du corps telle, que la tête reste longtemps la partie la plus déclive, comme cela arrive aux bateleurs, etc. Je n'insiste pas davantage sur ces causes mécaniques, dont les variétés sont nombreuses et seront facilement comprises.

On a cité d'assez nombreux exemples de congestion cérébrale par suite d'une *insolation* violente et prolongée. C'est ainsi que, dans les grandes chaleurs de l'été, on voit des moissonneurs tomber dans les champs, des soldats sur les grandes

(1) *Lettres sur les maladies de l'encéphale.* Paris, 1820-1836, 3 vol. in-8.

routes, etc. Suivant M. J. Russel (1), il y aurait plutôt, en pareil cas, congestion pulmonaire que congestion cérébrale ; mais le fait n'est pas appuyé sur d'autres observations que celles de cet auteur. Il se peut que, dans certains cas, les choses se passent comme il le rapporte, mais on a cité des autopsies où l'on n'a trouvé, pour expliquer la mort, qu'une violente congestion du cerveau, et ces faits positifs ne sont pas contestables.

La *raréfaction de l'air* est aussi une cause de congestion. On connaît les effets d'une ascension sur les lieux élevés ; mais, encore ici, cette congestion n'est qu'un résultat d'une cause qui agit sur toutes les parties du corps, et la congestion cérébrale n'est, par conséquent, en pareil cas, qu'un symptôme du raptus du sang vers la périphérie.

On a cité des cas dans lesquels des *vêtements trop serrés*, une cravate qui comprimait le cou, ont été des causes de congestion cérébrale. On comprend trop bien l'action de ces causes pour qu'il soit utile d'y insister plus longtemps.

L'*ingestion considérable de boissons alcooliques*, *un repas trop copieux*, le séjour, après un grand repas, dans un *appartement trop chaud*, et plusieurs autres causes de ce genre, ont été signalés ; mais ce sont encore là des circonstances que nous retrouverons dans l'histoire de l'*hémorrhagie cérébrale*, et que nous examinerons plus attentivement alors.

On a cité des exemples d'*épidémie* de congestion cérébrale. Un des plus remarquables est dû à Leuret (2). Cet observateur vit, dans la maison de santé de Charenton et aux environs, un nombre considérable de congestions qui se produisirent dans un trop court espace de temps pour qu'on pût les rapporter à une autre cause qu'à une cause générale ; mais la nature de cette cause est restée inconnue.

Je ne parlerai ici ni de l'*inflammation des sinus*, ni des *asphyxies*, comme causes de la congestion cérébrale, parce qu'il est évident que, dans les cas de ce genre, la congestion est un accident secondaire qui ne peut pas être considéré à part.

§ III. — Symptômes.

Division. La congestion cérébrale se présente avec un appareil de symptômes trop différent dans les divers cas pour qu'on puisse en tracer une description générale. Aussi en a-t-on toujours reconnu un certain nombre de formes. La division la plus généralement adoptée est celle qu'a proposée M. Andral. Cet auteur reconnaît huit formes de congestion cérébrale (3). *La première* est sans perte de connaissance, et peut durer longtemps ; c'est celle qui diffère le plus de l'hémorrhagie cérébrale. Dans *la seconde*, il y a perte subite de connaissance sans paralysie. *La troisième* est caractérisée par une perte subite de connaissance avec paralysie ; mais celle-ci se dissipe dès que la perte de connaissance se dissipe elle-même. *La quatrième* ressemble assez à la précédente, sauf que la paralysie est remplacée par divers mouvements convulsifs, et que les accidents durent ordinairement un peu plus longtemps. Dans *la cinquième*, il y a paralysie *passagère* sans perte de con-

(1) *Encyclographie des sc. méd.*, 1836.
(2) *Journ. des progrès*, t. II, 2ᵉ série.
(3) *Clinique médicale*, t. V.

naissance. *La sixième forme* est à la cinquième ce que la quatrième est à la troisième, c'est-à-dire que les choses se passent de la même manière, sauf que la paralysie est remplacée par des mouvements convulsifs. *La septième* forme est caractérisée par un délire violent, avec ou sans coma consécutif. Enfin dans *la huitième*, il y a une fièvre plus ou moins violente, durant de deux à douze jours, et des étourdissements, des tintements d'oreille, en un mot, des symptômes cérébraux marqués. L'auteur lui-même reconnaît que, dans cette dernière forme, les congestions sont loin d'être toute la maladie ; mais il fait remarquer qu'elles ont une valeur symptomatique manifeste, puisque les symptômes qui les caractérisent sont les seuls phénomènes locaux qu'on puisse constater, et que, avec la fièvre, ils constituent l'affection tout entière.

Suivant les auteurs du *Compendium*, M. Andral ne reconnaîtrait aujourd'hui que cinq de ces huit formes. Ce sont : 1° cette congestion lente qui forme la première de celles que nous avons indiquées ; 2° la perte de connaissance, avec perte de la sensibilité et de la motilité, cessant rapidement et n'ayant pour cause que la perte de l'intelligence ; 3° une forme composée des symptômes précédents et d'une véritable paralysie ou de mouvements convulsifs ; 4° la forme qui tient le cinquième rang dans la division précédente ; 5° celle qui est caractérisée principalement par le délire, et qui est la septième de M. Andral.

M. Rostan (1) n'admet que deux formes ou plutôt deux degrés de congestion cérébrale. Dans la première, il y a simplement hypérémie, et dans la seconde il y a *raptus ;* celle-ci est le *coup de sang*. Après avoir examiné les observations, je crois que cette division de M. Rostan est celle qui doit être admise dans l'état actuel de la science. Il n'est pas démontré, en effet, que ces divers états dans lesquels on trouve des convulsions, une paralysie un peu durable sans perte de connaissance, un délire de longue durée suivi d'un état comateux, et surtout un délire fébrile, soient de véritables congestions. Il est des cas, il est vrai, où l'autopsie ne fait rien découvrir dans le cerveau, ou n'y démontre que l'existence d'une injection plus ou moins marquée ; mais on sait combien il est quelquefois difficile de rapporter des symptômes cérébraux extrêmement intenses à une lésion déterminée ; on sait que ces symptômes peuvent exister sans lésion appréciable ; on sait enfin combien est peu précis ce caractère anatomique qui ne consiste que dans une simple injection, et l'on comprend combien il est difficile de se prononcer sur la nature de la maladie dans un bon nombre de cas. Ce qu'il y a de certain, c'est que la congestion lente et la congestion brusque, admises par M. Rostan, embrassent tous les faits positifs, tous ceux qui se passent normalement sous nos yeux, et que c'est sur ces deux espèces que nous devons fixer principalement notre attention.

M. R. Wade (2) a décrit une espèce particulière de congestion, sous le nom de *congestion atonique ;* mais, ainsi que le font remarquer les auteurs du *Compendium*, les symptômes qu'il assigne à cette affection sont si vagues, ils peuvent se rapporter à tant de maladies cérébrales et à tant de *névroses*, qu'on ne peut sans de nouvelles preuves admettre cette forme particulière qui n'a été reconnue par aucun autre médecin.

(1) *Gaz. des hôpitaux*, t. XI.
(2) Voy. *Arch. gén. de médecine*, 2ᵉ série, 1835, t. VIII, p. 193.

D'après les considérations précédentes, je vais décrire seulement deux formes principales, qui sont la congestion sans paralysie et la congestion avec paralysie, ou *coup de sang* proprement dit.

A. Congestion sans paralysie. Début. Le début de cette forme de l'affection peut être si lent, que le malade ne remarque les premières incommodités qu'il a éprouvées qu'au moment où le mal ayant acquis une certaine intensité, il attire son attention de manière à lui rappeler certaines circonstances légères qu'il avait laissé passer presque inaperçues. Ce sont, à des intervalles plus ou moins longs, de légers étourdissements, un peu d'embarras dans la tête, de la tendance au sommeil, phénomènes qui ne durent pas, mais se reproduisent ordinairement de plus en plus marqués. Au bout d'un temps variable, la maladie devient continue et offre les symptômes que j'indiquerai plus loin. D'autres fois le début est subit comme dans le coup de sang ordinaire, et alors les symptômes ont tout d'abord une intensité assez grande.

Symptômes. 1° *Lorsque le début est subit*, les malades n'éprouvent ordinairement pas de *douleur* de tête ; c'est une gêne, un embarras plus ou moins grand ; mais il n'y a pas de véritable céphalalgie.

Du côté des *organes des sens*, on remarque ce qui suit : il y a des *éblouissements*, des *bluettes ;* des étincelles passent devant les yeux ; la *vue* est troublée, mais non abolie ; la lumière est difficilement supportée, et les sujets clignent involontairement ou ferment les yeux ; quelques auteurs ont dit que les objets paraissent colorés en rouge ; mais il est à craindre qu'on ait donné comme une réalité ce qui a paru probable ; je ne prétends pas dire, du reste, que le fait ne puisse pas avoir lieu, car on connaît ce phénomène qui fait paraître les objets rouges lorsque l'œil a été fortement comprimé et qu'il se congestionne momentanément.

Il y a des bruits, des tintements, des bourdonnements d'*oreille*. Certains sujets entendent distinctement le bruit de leurs carotides.

On a noté également des *picotements*, des *fourmillements* dans la *peau* sur différents points, principalement aux extrémités, et quelquefois sur la surface entière du corps.

L'*intelligence* n'est pas perdue ; le malade a parfaitement conscience de son état, et il s'en effraie ; mais il a des *vertiges*, et ordinairement alors les objets lui paraissent tourner autour de lui, il lui semble que le sol se dérobe sous lui, ou s'agite, ou prend une inclinaison telle qu'une chute est imminente.

Du côté de la *motilité*, on observe un sentiment de faiblesse dans tous les muscles du corps et surtout dans ceux des membres inférieurs. Il semble au malade qu il ne peut plus se mouvoir, et il reste immobile s'il est assis, ou s'appuie sur les objets à sa portée, s'il est debout ; mais il n'y a réellement pas de paralysie.

On a encore noté le gonflement de la *face*, et principalement des lèvres et des paupières ; un sentiment de tension dans toute la *tête*, et principalement vers les tempes, souvent une pression vers l'occiput et la nuque.

La face est alors *colorée*, quelquefois légèrement bleuâtre. On a signalé le gonflement des veines sous-cutanées, les *palpations*, les battements exagérés des artères et surtout des veines temporales. Enfin on n'a rien noté de remarquable du

côté de la respiration, et le *pouls*, qui a presque toujours paru naturel, a présenté, dans un certain nombre de cas, une ampleur inaccoutumée.

Il arrive fréquemment que cet état est très passager et que le sujet a à peine le temps de s'apercevoir de l'existence des principaux symptômes. On peut appeler cette variété *coup de sang sans paralysie.*

Dans quelques cas, au contraire, cet état se prolonge et ne cède qu'aux émissions sanguines, à l'exercice et aux autres moyens curatifs qui seront indiqués plus loin.

Après les accidents qui viennent d'être mentionnés, il ne reste ordinairement rien, si ce n'est un peu d'étonnement, et parfois un sentiment de fatigue dans les membres.

2° *Lorsque le début est lent*, les mêmes symptômes se produisent, mais avec des modifications qui méritent d'être mentionnées et avec quelques particularités que j'ai observées et qui ne me paraissent pas avoir généralement frappé les auteurs.

Il existe ordinairement un certain degré de *céphalalgie ;* toutefois ce n'est jamais une céphalalgie intense; c'est une pression, une pesanteur, un embarras dans la tête. J'ai vu, dans deux cas remarquables par leur longue durée, une douleur obtuse occuper l'occiput et la nuque et un peu de compression se faire sentir vers la partie antérieure de la tête.

Les symptômes précédemment décrits peuvent exister du côté de la *vision :* mais ils sont moins intenses et ne viennent que par moments. Il en est de même des *tintements* et des *bourdonnements d'oreille.*

L'*intelligence* n'est pas altérée; seulement les sujets affectés de cette maladie ont plus de difficulté qu'auparavant à s'occuper de choses qui exigent une attention soutenue. Si surtout le travail consiste à lire, à écrire beaucoup ou à s'occuper d'ouvrages délicats, comme ceux des horlogers par exemple, les symptômes augmentent, le malade est obligé de suspendre ses occupations. Dans les deux cas dont je viens de parler et pour lesquels j'ai été consulté, il y avait ceci de remarquable que, lorsque le travail consistait à s'occuper d'une chose suivie, il y avait beaucoup moins d'étourdissements et de tension de la tête que lorsqu'il fallait passer d'une occupation à l'autre; s'entretenir, par exemple, de choses sérieuses avec plusieurs personnes successivement.

Les *étourdissements*, qui sont fréquents, surviennent surtout lorsque les sujets veulent tourner brusquement la tête; lorsqu'ils portent leurs yeux successivement sur des objets divers ; lorsque la lumière vient frapper leur vue. Ces étourdissements ne vont ordinairement pas jusqu'au vertige; mais quelquefois il peut en être ainsi, et alors le cas est semblable à celui que nous avons décrit plus haut.

La *face est colorée;* quelquefois un peu turgescente. Les *yeux* sont médiocrement injectés, souvent larmoyants, surtout lorsque le sujet veut fixer son regard sur un corps très éclairé. Du côté de la respiration, de la circulation, du tube digestif, on n'observe presque jamais rien de remarquable, et s'il survient quelques phénomènes, ils n'ont ordinairement pas d'importance réelle.

La *motilité* ne présente également que des symptômes peu intenses; c'est une faiblesse plus ou moins grande qui est générale, mais qui se fait principalement sentir aux membres inférieurs, parce que ce sont ceux dont l'exercice est en géné-

ral le plus fatigant. Il est des sujets qui éprouvent de l'impatience dans les membres, et même parfois un sentiment de contusion comme s'ils étaient courbaturés.

J'ai insisté sur la description de cet état, parce qu'ayant, dans mes recherches sur les névralgies, étudié avec soin les divers cas où il existe de la céphalalgie quelque légère qu'elle soit, j'ai maintes fois rencontré des cas de ce genre dont la nature avait été méconnue, et que, d'un autre côté, ces congestions à marche lente peuvent assez souvent se présenter au praticien avec des caractères très légers, quoique, par leur persistance, elles incommodent beaucoup les malades.

B. Congestion avec paralysie. Nous avons vu plus haut que les sujets affectés brusquement de congestion cérébrale éprouvent souvent, du côté de la motilité, une altération telle qu'ils restent immobiles ou qu'ils tombent; mais il n'y a pas alors une véritable paralysie; le vertige ayant été très violent, il y a eu suspension des mouvements volontaires, mais non abolition de ces mouvements. Il n'en est plus de même dans les cas dont nous allons nous occuper; ici, en effet, nous allons trouver une paralysie véritable qui même, suivant quelques auteurs, peut durer plusieurs jours.

Soit après avoir éprouvé pendant un temps plus ou moins long, ou à plusieurs reprises, les accidents que nous avons décrits en parlant de la congestion cérébrale sans paralysie, soit sans avoir été prévenus par aucun symptôme précurseur, les sujets sont tout à coup saisis d'un violent étourdissement, ils perdent connaissance, tombent, ou se renversent sur le dos de leur chaise, et si l'on est appelé à les examiner en ce moment, on observe une *hémiplégie* semblable à celle que produit une hémorrhagie cérébrale.

Mais au bout d'un temps variable et qui est ordinairement très court, le malade revient à lui, et en même temps se dissipe avec rapidité l'hémiplégie qu'on avait parfaitement constatée, de telle sorte qu'il ne reste qu'un peu de fatigue et de brisement des membres, symptômes qui sont souvent aussi prononcés du côté non paralysé que du côté paralysé.

Telle est la manière dont se produit ordinairement la congestion dont il s'agit; mais, suivant quelques auteurs, les choses se passent parfois très différemment. Je vais indiquer les principales variétés de congestion signalées par eux.

D'abord on admet l'existence de congestions dans lesquelles non seulement l'hémiplégie aurait duré plusieurs jours, mais encore la maladie se serait terminée par la mort. Je ne sais comment on peut s'assurer qu'une hémiplégie, qui se dissipe après plusieurs jours d'existence, est due à une simple congestion cérébrale. Quant aux cas où, la mort étant survenue, on a trouvé une injection plus ou moins considérable du cerveau, est-il encore bien certain qu'on ait eu affaire à une congestion? Si l'on avait trouvé la congestion d'un seul côté, du côté opposé à la paralysie, si cette congestion avait toujours paru en rapport avec la gravité des accidents, si même il n'était pas permis parfois de douter qu'il y eût réellement accumulation du sang dans les vaisseaux du cerveau, on pourrait être convaincu; mais combien d'incertitude sur tous ces points! D'un autre côté, ne voit-on pas des sujets succomber avec une hémiplégie et une perte de connaissance survenues tout à coup, sans qu'on trouve la moindre lésion, sans qu'il y ait la moindre congestion dans le cerveau? Comment donc, avec des faits si obscurs, établir d'une

manière précise la part de la congestion dans les cas où l'hémiplégie a une durée prolongée ? Il vaut mieux convenir que nos connaissances sont très incertaines sur ce point. Il est d'ailleurs permis de faire remarquer que, dans plusieurs des cas de ce genre cités par les auteurs, l'existence d'un ramollissement n'a pas été suffisamment recherchée, parce qu'on ne savait pas, comme on le sait aujourd'hui, que tous les phénomènes de la congestion brusque et de l'hémorrhagie cérébrale peuvent se montrer avec un simple ramollissement, fait qui s'explique très facilement si, avec M. Durand-Fardel, on admet que la perte de connaissance et la paralysie subites sont le résultat d'une congestion initiale à laquelle a succédé plus ou moins rapidement le ramollissement cérébral.

Une autre forme de congestion consisterait, ainsi que nous l'avons dit en présentant la division proposée par M. Andral, en une paralysie subite plus ou moins persistante d'un ou des deux membres d'un côté du corps ou d'un côté de la face, sans perte de connaissance et sans aucun autre symptôme important. M. Rostan pense qu'en pareil cas il existe de petits foyers apoplectiques, et il cite à ce sujet des cas où les choses se sont passées ainsi. Mais il est difficile de croire que dans le fait cité par M. Andral (1) il y ait eu une hémorrhagie cérébrale, car le malade, au bout de vingt-quatre heures, avait recouvré toute l'énergie de ses mouvements. On ne voit pas d'ailleurs pourquoi une congestion partielle ne persisterait pas au point de produire, pendant vingt-quatre à trente-six heures et même plus, une paralysie prolongée comme elle ; et si une attaque d'apoplexie peut avoir lieu sans perte de connaissance, ce qui n'est pas douteux, à plus forte raison une simple congestion.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La manière dont j'ai présenté les symptômes a fait connaître d'une manière générale la marche des deux espèces de congestion cérébrale que nous avons admises. J'ajouterai seulement ici que les congestions passagères se reproduisent ordinairement à des intervalles plus ou moins éloignés, et que la congestion à marche lente n'a pas dans tout son cours le même degré d'intensité. Elle peut laisser pendant quelques jours le malade dans un état très supportable, puis le tourmenter beaucoup pendant un certain temps, pour diminuer encore plus tard, et ainsi de suite. Elle n'a même pas une intensité égale dans tous les moments de la journée, et sa diminution, ainsi que son augmentation d'intensité, dépend d'un grand nombre de circonstances différentes. Un repas trop copieux, l'élévation de la température, un mouvement de colère, un travail soutenu, etc., etc., l'augmentent ordinairement, et les circonstances opposées la diminuent.

La *durée* est ordinairement très courte, et l'on observe alors ces congestions brusques et passagères qui ont reçu le nom de *coup de sang*. Parfois, même dans les cas où la congestion est survenue brusquement, la durée est d'une demi-heure, une heure et plus, ainsi que nous l'avons vu plus haut. Enfin, quand elle s'établit lentement, elle peut durer des mois et même des années. J'ai vu un cas de ce genre dans lequel la durée bien constatée était de six ans. La congestion était permanente avec des alternatives de diminution et d'augmentation, et il y avait eu en

(1) *Loc. cit.*, t. V, p. 217.

outre plusieurs fois une perte de connaissance passagère, en sorte que les deux espèces se trouvaient réunies chez le même sujet.

Si nous exceptons ces cas douteux dont j'ai parlé plus haut, on peut dire que la *terminaison* de la congestion cérébrale est heureuse ; c'est même un caractère de cette maladie de se terminer rapidement par la disparition de tous les symptômes, et, dans les cas les plus sérieux, de céder avec assez de promptitude à un traitement fort simple. Un des principaux arguments apportés en preuve par les médecins qui, dans un cas donné, veulent faire admettre l'existence d'une congestion cérébrale, est, en effet, cette rapide disparition de tous les accidents.

§ V. — Lésions anatomiques.

On comprend facilement quelles sont les lésions anatomiques d'une congestion du cerveau. Aussi n'aurais-je rien dit sur ce point, si tout le monde était d'accord sur ce qu'il faut entendre par une congestion de cet organe. Mais il n'en est pas ainsi. Les uns attachent la plus grande importance à un simple pointillé de la substance cérébrale, tandis que pour les autres il faut une turgescence évidente des vaisseaux sanguins cérébraux et une injection considérable avec coloration rosée, rouge, ou violacée de la substance nerveuse. Je pense, avec ces derniers, qu'il faut se défier de ces pointillés dus à des gouttelettes de sang contenues dans les petits vaisseaux et qu'on rencontre dans tant d'états morbides divers.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Pour établir le diagnostic de la congestion cérébrale, il faut tenir un grand compte des diverses espèces que nous avons admises.

La *congestion brusque et passagère sans paralysie* est d'un diagnostic facile. On ne pourrait guère la confondre qu'avec la *syncope ;* mais dans celle-ci il y a pâleur de la face et absence des battements du cœur et du pouls, ce qui suffit amplement pour faire distinguer les deux états. M. Piorry a proposé, pour établir ce diagnostic, de coucher les malades de manière à laisser pendre leur tête. Si, dit-il, il y a syncope, les accidents ne tarderont pas à diminuer ; si, au contraire, il y a congestion, *ils augmenteront*. Je crois que c'est un devoir de proscrire ce moyen que quelques jeunes praticiens seraient peut-être tentés d'employer, sans réfléchir aux conséquences funestes qu'il pourrait avoir.

La *congestion brusque avec paralysie*, quelle que soit du reste la manière dont elle se manifeste, eu égard à ses autres phénomènes, peut être confondue avec une *hémorrhagie cérébrale* ou avec *certains ramollissements* qui donnent lieu à des accidents très brusques : on n'a même, pour se guider dans le diagnostic, que la promptitude avec laquelle se dissipent les accidents, soit spontanément, soit sous l'influence des moyens mis en usage. Il en résulte que si les accidents se prolongent pendant une ou plusieurs heures, le médecin doit être nécessairement dans l'incertitude, et que si la paralysie dure plusieurs jours, on doit croire à l'existence d'une *hémorrhagie* ou d'un *ramollissement de forme apoplectique*. Quant aux cas où la paralysie survient sans perte de connaissance, c'est encore à la rapidité avec laquelle elle se dissipe qu'on reconnaît l'affection dont le malade est atteint.

Reste enfin la *congestion lente et prolongée.* On ne pourrait guère la confondre qu'avec certaines douleurs rhumatismales qui occupent les muscles du cou et de la tête et qui donnent lieu à une céphalalgie ordinairement rebelle ; mais dans cette dernière affection il n'y a ni vertiges ni trouble des sens, tandis que les mouvements des muscles et la pression sur ces parties déterminent une douleur plus ou moins vive.

Pronostic. A ne considérer que la congestion en elle-même, on doit conclure de ce que j'ai dit relativement à la terminaison de la maladie, que le pronostic est bien loin d'être grave ; mais il est un autre point de vue sous lequel il faut envisager la question. La congestion cérébrale, surtout s'il n'y a pas pour l'expliquer une cause occasionnelle puissante, comme une violente insolation, un grand effort pour soulever un fardeau, la ligature du cou, doit être regardée comme un accident sérieux. Elle indique en effet une tendance au raptus sanguin vers l'encéphale, et l'on sait que la conséquence de ce raptus, lorsqu'il est violent, peut très bien être une hémorrhagie cérébrale, maladie dont tout le monde connaît la gravité.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la congestion cérébrale est fort simple ; mais ce que je viens de dire relativement au pronostic prouve combien il est urgent de l'employer avec énergie et d'y recourir promptement.

Émissions sanguines. Les émissions sanguines tiennent sans aucune contestation le premier rang parmi les moyens employés contre cette affection, et c'est aux *saignées générales* qu'on a recours, surtout lorsque la congestion est brusque. On pratique ordinairement une ou deux saignées du bras ; mais dans les cas où, après la disparition des principaux symptômes, il reste de la chaleur de la tête, une tension de cette partie, une certaine largeur du pouls, on doit répéter la saignée jusqu'à ce que ces phénomènes morbides soient entièrement dissipés. On doit, au contraire, être sobre de saignées et recourir aux autres moyens qui seront indiqués plus bas, chez les individus de constitution débile ou affaiblis par des maladies antérieures.

La *saignée du pied* a été particulièrement vantée contre la congestion cérébrale. M. Chauffard (1) la recommande avec beaucoup d'insistance. Il faut convenir toutefois que les faits cités par les auteurs ne sont ni assez nombreux ni assez concluants pour démontrer la supériorité de ce moyen sur les autres émissions sanguines générales.

On a encore proposé la *saignée de la jugulaire* et celle de l'*artère temporale*. Il est impossible de se prononcer sur la valeur relative de ces moyens, quand on veut se fonder sur autre chose que sur des idées théoriques. Je sais bien qu'on a dit que la saignée de la jugulaire est préférable à toutes les autres, parce qu'elle dégorge directement le cerveau ; mais il faudrait des faits concluants pour démontrer ensuite que ce dégorgement direct a réellement l'efficacité qu'on lui attribue.

Les *saignées locales* sont également mises en usage. Ainsi on prescrit des *sangsues*, des *ventouses scarifiées*, en plus ou moins grand nombre, à la nuque, aux

(1) *De l'utilité de la saignée révulsive dans les maladies de la tête* (*Œuvres de médecine pratique*. Paris, 1848, t. I, p. 363 et suiv.).

parties latérales du cou. Suivant M. Chauffard et quelques autres médecins avant lui, ces saignées locales, dans un point aussi rapproché du mal, ont plus d'inconvénients que d'avantages, car elles appellent la fluxion vers le point déjà congestionné. Aussi ces médecins conseillent-ils de préférence les sangsues à l'anus ou à la partie interne des cuisses ; mais, comme pour la saignée révulsive, on n'a cité que des faits insuffisants en faveur des émissions sanguines locales dans un lieu éloigné du siége du mal.

Il est néanmoins une circonstance où l'on s'accorde à reconnaître à la saignée révulsive et aux émissions sanguines locales loin du siége du mal une efficacité plus grande qu'à toutes les autres saignées : c'est lorsque la congestion est survenue peu de temps après la disparition d'un flux, et paraît avoir été la conséquence de cette disparition. Ainsi, après la suppression des règles, des hémorrhoïdes, etc., on recommandera de préférence les *sangsues à la vulve*, *à l'anus*, *à la partie interne des cuisses ;* les ventouses scarifiées seront appliquées dans ce dernier point, et l'on pourra avoir recours à la saignée du pied, ou de la saphène vers la partie supérieure de la cuisse. Si la congestion succédait à la suppression d'épistaxis habituelles, on devrait appliquer des sangsues sur la pituitaire, ou y pratiquer une saignée avec l'instrument inventé par M. Cruveilhier.

Les *grandes ventouses Junod* sont aujourd'hui appliquées quelquefois dans les cas de congestion cérébrale.

Purgatifs. Après les émissions sanguines, il n'est pas de moyen plus fréquemment employé que les purgatifs. Avant de les administrer, on doit s'assurer de l'intégrité du tube digestif, et proportionner leur énergie à la force du sujet. Mais on peut dire d'une manière générale que, pour avoir un certain degré d'efficacité, il faut nécessairement que le purgatif ait une action assez puissante. Il serait inutile d'énumérer les nombreux purgatifs auxquels on a recours. Je signalerai seulement l'*huile de ricin* à la dose de 35 à 60 grammes, les *sulfates de soude et de magnésie*, et principalement l'*huile de croton.* Ce qui m'engage surtout à insister sur ce dernier médicament, c'est que M. Andral rapporte quelques cas de *congestion cérébrale à marche lente* dans lesquels, administré à la dose de *deux* ou *trois gouttes*, et à plusieurs reprises, à des intervalles de trois à six ou sept jours, il a procuré une guérison complète d'affections qui duraient depuis fort longtemps.

Les *diurétiques* ont aussi été recommandés ; mais les auteurs n'ayant pas spécifié les cas où ils conviennent, et n'ayant pas rapporté des faits concluants en faveur de ces moyens, on ne saurait avoir une grande confiance en eux. Je dirai seulement que quelques médecins ont attribué une vertu particulière, dans les cas dont il s'agit, au *nitrate de potasse* administré ainsi qu'il suit :

♃ Nitrate de potasse.. de 1,25 à 2 gram. | Légère décoction de chiendent. 500 gram.

A prendre par grands verres, suffisamment édulcorés.

Vomitifs. Tout le monde s'accorde à dire qu'il y aurait du danger à administrer un vomitif, dans un cas où il y a un raptus sanguin considérable vers le cerveau, et où les symptômes de congestion peuvent très bien n'être autre chose que des phénomènes précurseurs d'une hémorrhagie cérébrale. Mais il n'en est plus de même dans les cas de congestion lente, surtout quand les digestions sont pénibles et que la constipation est opiniâtre. Pour mon compte, j'ai vu dans un cas de ce

genre, dans lequel les accidents duraient depuis plusieurs années, le vomitif calmer promptement les principaux symptômes, qui ont ensuite disparu après l'application réitérée des ventouses scarifiées à la nuque et l'usage des purgatifs.

Moyens hygiéniques. Les moyens hygiéniques tiennent nécessairement une grande place dans le traitement de la congestion cérébrale. Nous avons vu, en parlant des causes, que souvent on trouvait dans les habitudes du malade la raison de sa maladie ; c'est une indication qu'il ne faut pas manquer de saisir. Ainsi aux personnes trop sédentaires on prescrira l'*exercice en plein air ;* à celles qui se nourrissent de mets trop succulents, on recommandera une nourriture légère et principalement *végétale*, etc., etc. En se rappelant les causes qui ont été indiquées, il est si facile de trouver le remède approprié, que ce serait faire injure au lecteur que d'insister plus longtemps sur ce point. Je dirai seulement qu'on doit toujours recommander l'exercice après les repas ; le séjour dans un lieu d'une température modérée, et surtout après avoir mangé, et que les individus sujets aux congestions cérébrales doivent toujours avoir la tête peu couverte. Ces moyens sont d'ailleurs d'un usage si vulgaire, que les malades y recourent d'eux-mêmes.

Je ne parle pas ici de certaines substances administrées dans le but de prévenir le *coup de sang*, parce qu'elles sont les mêmes que celles qu'on donne pour préserver de l'apoplexie, et que j'aurai à les indiquer quand je ferai l'histoire de l'hémorrhagie cérébrale.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LES CAS DE CONGESTION CÉRÉBRALE.

Le malade doit être couché la tête haute, le cou dégagé de tous les liens qui peuvent le comprimer.

Il doit être légèrement couvert.

On maintiendra la température de l'appartement à un degré tel qu'il y ait pour le malade une sensation de fraîcheur.

On prescrira, le premier et même le second jour s'il y a lieu, un *régime* assez sévère, même lorsque tous les accidents se seront dissipés complétement ; puis on augmentera la quantité des aliments ; mais l'usage des boissons alcooliques ne sera repris qu'avec précaution.

On maintiendra le ventre libre par de légers minoratifs.

On prescrira des bains de pied, tous les jours une ou deux fois.

Plus tard, le sujet évitera les grandes réunions, ou n'y restera que le moins de temps possible ; il se couvrira peu la tête, etc.

Tous ces moyens conviennent à toutes les espèces de congestion cérébrale.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de donner un résumé d'un traitement aussi simple, et qui est principalement fondé sur les émissions sanguines, sur les purgatifs et sur l'emploi d'une bonne hygiène.

ARTICLE II.

HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE (*apoplexie*).

L'hémorrhagie cérébrale est assurément une des maladies de l'encéphale qui ont donné lieu aux recherches les plus attentives et aux travaux les plus importants,

et cependant tous ceux qui ont essayé de donner une description de cette maladie reconnaissent que rien n'est plus difficile. Cela tient évidemment au grand nombre de points divers qu'il faut considérer quand on en fait l'histoire. De toutes les descriptions que nous possédons, celle de Rochoux est la plus complète (1), et c'est celle que l'on doit suivre principalement, tout en tenant compte des observations des autres auteurs.

Sous le titre générique d'*hémorrhagie cérébrale*, on entend l'hémorrhagie du cerveau, du cervelet et de la protubérance annulaire. Je suivrai cette coutume, par la raison que les particularités qu'on observe dans l'hémorrhagie qui occupe les deux derniers siéges n'ont qu'une importance secondaire; c'est pourquoi je me contenterai de signaler, en passant, quelques faits dans lesquels on a observé des symptômes qui paraissent appartenir à ces espèces d'apoplexie.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Je donne le nom d'hémorrhagie cérébrale à l'épanchement sanguin qu'on observe dans la substance nerveuse des trois organes qui composent l'encéphale, c'est-à-dire du cerveau, du cervelet et de la protubérance annulaire. Il résulte de cette définition que la dénomination d'hémorrhagie encéphalique conviendrait mieux à la maladie; mais cette expression est elle-même de nature à induire en erreur, puisque par le mot *encéphale* plusieurs auteurs entendent, et les organes encéphaliques, et les membranes qui les protégent. Or nous savons combien est grande la différence qui existe entre l'hémorrhagie des méninges et celle de la pulpe cérébrale. Il vaut mieux, par conséquent, suivre l'usage adopté, que de remplacer l'expression reçue par une autre qui n'est guère plus précise.

Très longtemps on a décrit cette maladie sous le nom d'*apoplexie*, et l'on peut même dire que l'hémorrhagie cérébrale est l'apoplexie par excellence. Mais les progrès de l'anatomie pathologique, qui ont permis d'établir des rapports positifs entre les symptômes et les lésions, n'ont pas tardé à montrer que l'apoplexie, c'est-à-dire cet état dans lequel le malade est frappé plus ou moins brusquement de perte de connaissance et de paralysie, est le résultat de plusieurs lésions très différentes, et par suite appartient à plusieurs maladies distinctes. C'est ainsi qu'on voit l'apoplexie résulter d'une accumulation rapide de sérosité dans les membranes cérébrales (*apoplexie séreuse*), qu'on l'a constatée en l'absence de toute lésion (*apoplexie nerveuse*), qu'on la voit être le résultat d'une *congestion sanguine* (2), et qu'enfin les recherches récentes ont prouvé jusqu'à l'évidence que le *ramollissement* du cerveau peut donner lieu à une véritable attaque d'apoplexie. On le voit donc, il est absolument nécessaire, comme je le disais plus haut, de supprimer le mot *apoplexie*, qui ne se rapporte à rien de précis, ou du moins de ne plus l'employer que d'une manière générique et pour désigner toutes les maladies que je viens d'énumérer.

L'hémorrhagie cérébrale a reçu les noms de *sideratio*, *attonitus morbus*, *paralysis*, *stupor*, *coma*, et plusieurs autres qui tous se rapportent à un symptôme

(1) *Rech. sur l'apoplexie*, 2e édition, Paris, 1833, et *Dict. de méd.*, t. III, art. APOPLEXIE CÉRÉBRALE.

(2) *Congest. cérébrale*. Voy. l'article précédent.

plus ou moins frappant, ou bien à la manière subite dont le mal se produit. Ils sont très connus, et il serait inutile de les rapporter ici.

L'hémorrhagie cérébrale est une maladie fréquente. Nous allons voir que sa fréquence varie beaucoup suivant les âges.

§ II. — Causes.

L'étude des causes s'est faite très légèrement jusqu'à l'époque où Rochoux a commencé à rechercher, à l'aide de l'analyse des faits, quelle est la valeur réelle des influences le plus généralement admises. Depuis lors, quelques recherches ont été faites dans le même esprit, et c'est à l'aide des renseignements qu'elles nous ont fournis que je vais exposer l'étiologie de l'hémorrhagie cérébrale.

1° Causes prédisposantes.

Age. L'influence de l'âge sur la production de l'hémorrhagie cérébrale ne peut être un instant mise en doute; elle a été reconnue dès les premiers temps de la médecine. C'est après l'âge de soixante ans qu'on observe le plus grand nombre de cas de cette maladie, et, à partir de l'âge de vingt ans, la proportion, d'abord très faible, va toujours croissant, comme on peut le voir dans le tableau que nous a donné Rochoux. Il ne faut pas croire néanmoins que les enfants soient tout à fait exempts de cette affection. J'ai fait connaître (1) plusieurs observations d'hémorrhagie cérébrale bien évidente chez des enfants nouveau-nés, et, d'un autre côté, MM. Rilliet et Barthez ont cité quatorze observations recueillies par eux ou par d'autres auteurs sur des sujets âgés de trois à douze ans.

M. le docteur Richard Quain (2) a cité un cas d'hémorrhagie cérébrale *chez un enfant de neuf ans.* A l'autopsie, on trouva dans l'hémisphère droit un caillot de 2 ou 3 pouces de long, qui était situé en dehors du ventricule latéral droit et qui se portait en bas jusqu'au corps strié, mais sans pénétrer dans le ventricule. M. le docteur Stiebel (3), de Francfort, a rapporté un cas d'*hémorrhagie du pédoncule cérébral gauche* chez une *jeune fille de onze ans.* Un des principaux symptômes fut la paralysie du nerf moteur oculaire commun du côté gauche, ce qui fut parfaitement expliqué à l'autopsie par le voisinage d'une inflammation consécutive à l'hémorrhagie. Mais ce petit nombre de faits prouve suffisamment l'extrême rareté de l'hémorrhagie cérébrale avant l'âge de vingt à trente ans, époque à laquelle elle est encore, comme nous venons de le voir, très peu fréquente.

Sexe. Suivant P. Frank, les deux sexes seraient également prédisposés à l'hémorrhagie cérébrale; mais cette opinion ne peut pas se soutenir en présence des faits observés. M. Falret, opérant sur un très grand nombre d'observations, a en effet prouvé que les hommes présentent un nombre de cas d'apoplexie plus grand que les femmes (presque dans la proportion de trois à un), et M. Lallemand est arrivé à un résultat à peu près semblable pour les affections cérébrales en général, ce qui s'applique en particulier à la maladie dont nous nous occupons.

Tempérament. C'est une opinion généralement accréditée, que les personnes

(1) *Cliniq. des malad. des enfants nouv.-nés*, art. *Apoplexie.*
(2) *London journ. of med. sciences*, janvier 1849.
(3) *Thèse de Francfort-sur-le-Mein*, 1847.

d'un tempérament sanguin sont beaucoup plus sujettes à l'hémorrhagie cérébrale que toutes les autres. Mais pour établir une semblable manière de voir, a-t-on examiné sévèrement les faits? C'est ce que ne saurait admettre Rochoux, qui, procédant à l'aide de chiffres, a démontré que rien dans le tempérament ne peut faire prévoir une attaque d'apoplexie. Ces faits me paraissent incontestables. Je sais bien qu'on leur a opposé les assertions de plusieurs auteurs, fondées sur quelques observations; mais ce n'est pas ainsi qu'on doit étudier les causes. Rochoux a très bien fait voir qu'avant de se prononcer il faut rechercher quels sont les tempéraments prédominants dans une population, et que, ce travail préliminaire une fois fait, il faut recourir à l'analyse d'un nombre considérable d'observations. Or, lui seul ayant procédé de cette façon, c'est à sa manière de voir que nous devons nous ranger.

Constitution. On sait qu'on regarde généralement comme ayant une grande prédisposition à l'hémorrhagie cérébrale les personnes douées d'un embonpoint considérable, d'une constitution forte, et remarquables par la *brièveté du cou.* C'est à ces conditions, jointes au tempérament sanguin, qu'on a donné le nom de *constitution apoplectique.* Morgagni a insisté beaucoup sur la valeur de ces signes extérieurs; mais si, comme je l'ai fait, on analyse ses observations, on voit que très rarement cette constitution apoplectique y est indiquée, et les autres faits cités par les auteurs prouvent la vérité de la proposition suivante de Rochoux : « Aucun signe extérieur appréciable aux sens ne peut indiquer la disposition à l'apoplexie. »

Saisons. Nous retrouvons ici l'influence de l'hiver, puis de l'été, sur la production de l'hémorrhagie cérébrale. Cette influence est établie sur les chiffres qui ont servi à déterminer l'action des saisons sur la congestion cérébrale. Les remarques présentées à l'occasion de l'étiologie de cette dernière affection pourraient trouver leur place ici; mais pour éviter les redites, je renvoie le lecteur à l'article précédent (1).

Professions. Si l'on examine ce qui a été dit relativement aux professions, on est forcé de reconnaître que les diverses opinions des auteurs à cet égard n'ont pas de fondement réel. Si donc je dis que l'on a signalé comme prédisposant à l'hémorrhagie cérébrale les professions dans lesquelles les ouvriers sont exposés à une très grande élévation de température, et celles dans lesquelles l'esprit est constamment occupé, et si j'ajoute que Ramazzini (2) a cité comme atteints de cette affection, dans une proportion considérable, les ouvriers qui donnent le tain aux glaces, c'est uniquement pour faire connaître les opinions des auteurs, et nullement pour signaler un fait positif.

On a encore attribué une grande influence aux *passions*, et surtout aux passions tristes. Sans nier absolument cette influence, nous pouvons dire qu'elle n'est pas suffisamment démontrée, et que ce sujet intéressant demande de nouvelles recherches. Nous ferons la part des passions violentes en parlant des causes occasionnelles.

Il importe de dire un mot de l'*influence des affections de certains organes.* On

(1) Voy. p. 455.
(2) *Essai sur les maladies des artisans.*

connaît les discussions auxquelles ces questions ont donné lieu dans ces dernières années. Plusieurs médecins, parmi lesquels il faut citer Legallois, MM. Bricheteau, Bouillaud, Ménière (1), ont attribué une influence marquée à l'*hypertrophie du cœur* sur la production de l'apoplexie. Le dernier de ces auteurs a surtout cherché à démontrer que les *femmes grosses* sont sujettes à l'hémorrhagie cérébrale, ce qui dépendrait principalement d'une hypertrophie passagère du cœur, signalée par Larcher. Mais relativement à l'hypertrophie du cœur, les observations de Rochoux et de M. Louis ont fait voir que les faits cités par les auteurs précédents devaient être rapportés à une simple coïncidence dont les idées théoriques ont exagéré l'importance; et quant à la grossesse, nous trouvons d'abord que l'hypertrophie passagère du cœur, invoquée par M. Ménière, est loin d'être démontrée, et ensuite que, cette hypertrophie existât-elle, son action ne serait pas mieux prouvée; car si M. Ménière a trouvé des cas dans lesquels des femmes en couches ont succombé à l'apoplexie, les accoucheurs, et en particulier M. Gérardin, n'ont vu, dans les cas de mort pendant la grossesse, qu'une très faible proportion de décès causés par l'hémorrhagie cérébrale.

Je ne mentionne que pour mémoire l'opinion de Broussais sur l'influence des *affections de l'estomac.* Cette opinion est aujourd'hui jugée. On voit, dans une si énorme proportion des cas, l'estomac parfaitement sain chez les sujets qui ont succombé à l'hémorrhagie cérébrale, qu'on a peine à concevoir qu'une pareille manière de voir ait trouvé le moindre crédit.

Enfin, on a dit que l'hémorrhagie cérébrale pouvait se présenter sous forme *épidémique.* Mais on n'a pas cité de faits positifs. Je rappellerai seulement ici ce que j'ai dit à propos des *congestions cérébrales épidémiques* (2), laissant au lecteur le soin d'en tirer les conséquences.

2° Causes occasionnelles.

Les *habitudes hygiéniques*, et principalement l'*alimentation*, peuvent être regardées à la fois comme causes prédisposantes et comme causes occasionnelles. C'est ainsi qu'on peut admettre qu'un sujet qui pendant longtemps a eu une *nourriture succulente* et a fait un large usage des *boissons alcoliques*, est plus disposé qu'un autre à l'hémorrhagie cérébrale, sous l'influence d'une des causes qui vont être exposées. Mais ces mêmes causes sont, dans l'opinion de tous les auteurs, des causes occasionnelles, puisqu'ils admettent qu'un régime trop substantiel peut par lui-même produire la maladie, soit très promptement, soit d'une manière lente.

Parmi les causes occasionnelles le plus généralement admises se trouvent les *écarts de régime*, l'*ivresse*, une *indigestion*, le *séjour dans un lieu trop chaud* après le repas, le *sommeil immédiatement après avoir mangé* copieusement. Portal a dit qu'on voyait beaucoup moins d'apoplexies à Paris depuis qu'on avait perdu l'habitude de souper. On ne peut assurément pas dire que ces influences sont nulles, mais dans quelle proportion exercent-elles leur action? C'est une question qui ne pourrait être résolue que par un très grand nombre de faits sévèrement analysés; mais ce travail, extrêmement difficile, manque entièrement. Que de motifs pour douter de l'exactitude de l'assertion de Portal!

(1) *Obs. et réfl. sur l'hémorrh. cérébrale* (*Arch. gén. de méd.*, 1828, t. XVI, p. 489).
(2) Voy. p. 456.

On voit l'apoplexie survenir pendant les *grands efforts musculaires* pour soulever un fardeau ; dans les *grands mouvements;* pendant le *vomissement*, la *défécation*, le *coït*, les *douleurs de l'accouchement*. Il n'est pas douteux, en pareil cas, que ces causes occasionnelles aient eu une action réelle; mais, d'un autre côté, on trouve un très grand nombre de cas dans lesquels l'hémorrhagie s'est effectuée pendant un repos absolu. La manière d'agir des causes que je viens de mentionner est trop facile à comprendre pour que je croie nécessaire d'y insister; mais la remarque que j'ai faite prouve combien une prédisposition des plus marquées est indispensable, du moins dans la très grande majorité des cas, pour que l'effet ait lieu.

La même remarque s'applique à l'action des passions violentes. On a vu, en effet, des sujets frappés d'apoplexie dans un *transport de joie* ou de *colère*. Une émotion quelconque, pourvu qu'elle soit très vive, peut avoir ce résultat, mais les cas de ce genre sont loin d'être très fréquents.

Le passage subit d'une *température* très froide à une température très chaude, et réciproquement, est aussi rangé parmi les causes efficientes de l'hémorrhagie cérébrale; c'est encore là un sujet de recherches à joindre à ceux que j'ai déjà eu l'occasion de signaler.

J'indiquerai encore la *suppression des flux sanguins*, des *exutoires*, des *exanthèmes :* ce sont des causes qui sont généralement admises ; mais tous les médecins qui examinent attentivement les faits reconnaissent que leur degré d'influence est bien loin d'être connu.

Enfin je me bornerai à signaler les *coups*, les *chutes*, une *blessure* quelconque de la tête, mais en faisant remarquer que ces hémorrhagies cérébrales, qu'on pourrait appeler *traumatiques*, sont fort rares.

On voit, par cette énumération, combien est vague encore cette étiologie de l'hémorrhagie du cerveau. C'est qu'il faut un très grand nombre de faits pour résoudre ces questions, qui ne peuvent se juger qu'en tenant compte de circonstances dans lesquelles les hommes se trouvent presque tous plus ou moins fréquemment, ce qui rend nécessairement les coïncidences très faciles et très nombreuses.

3° Conditions organiques.

Ce n'est pas anticiper sur la description des lésions anatomiques que de parler ici des altérations qui peuvent pour ainsi dire préparer l'hémorrhagie cérébrale et la rendre facile. Il est bien entendu que je ne m'occuperai pas des opinions des auteurs anciens, qui étaient toutes hypothétiques, mais seulement de celles qui ont pour fondement l'anatomie pathologique.

On a été naturellement porté à attribuer l'hémorrhagie cérébrale à une lésion d'un vaisseau sanguin. On sait, en effet, que chez le vieillard qui est principalement sujet à l'apoplexie, les vaisseaux présentent des incrustations, des ossifications qui peuvent finir par user leurs parois ; or rien ne paraît plus simple que d'admettre l'existence d'une semblable usure ou d'une espèce de cassure dans un vaisseau placé au milieu du foyer hémorrhagique ; mais quand il s'agit d'en venir à la démonstration, on se trouve promptement arrêté. Avec quelque soin qu'on examine le foyer apoplectique, on n'y découvre presque jamais de vaisseaux suffi-

samment développés pour qu'on puisse y découvrir une lésion quelconque, et tout est remis en question. Je dois dire cependant que quelques auteurs ont cité des exemples de rupture d'un vaisseau, et que M. Guillot m'a affirmé avoir, dans plus d'un cas, démontré par de fines injections cette rupture qui rendait parfaitement raison de l'hémorrhagie; mais il serait nécessaire, avant de se prononcer, que ces derniers faits eussent été publiés, et d'ailleurs il reste toujours un très grand nombre de cas où une semblable lésion n'a pu être démontrée. Il faut prendre garde de confondre, au point de vue qui nous occupe, l'hémorrhagie cérébrale avec l'*hémorrhagie extra-arachnoïdienne*, qui est aussi une apoplexie. Dans cette dernière, la possibilité de la rupture d'un vaisseau n'est pas douteuse, et j'en ai cité des exemples. Mais on n'en peut rien conclure relativement à l'hémorrhagie qui se produit dans la pulpe nerveuse.

Si l'on a tant de peine à savoir s'il existe réellement une lésion d'un vaisseau, à plus forte raison ne pourra-t-on pas reconnaître si l'hémorrhagie est le résultat d'une altération d'une artère ou d'une veine. C'est pourtant ce qu'on a prétendu possible ; mais on voit, en examinant les raisons qu'on a fait valoir en faveur de l'existence d'une apoplexie veineuse, qu'on a eu en vue des cas d'épanchement de sang dans les mailles de la pie-mère, ce qui ne saurait nous intéresser ici.

Ne pouvant expliquer de cette manière la production de l'hémorrhagie, on a eu recours à un *ramollissement* préalable, que Rochoux a nommé *ramollissement hémorrhagipare;* mais tous les auteurs ne sont pas d'accord sur ce point. Pariset avait déjà indiqué l'existence de ce ramollissement, et Rochoux lui assigne une nature particulière. Ce médecin a remarqué autour des foyers apoplectiques les plus récents une diminution de consistance de la pulpe cérébrale, qui est jaune et se laisse entraîner sous un filet d'eau. Il pense que tel était l'état de la pulpe cérébrale dans le point occupé par le foyer, pendant un certain temps avant la production de l'hémorrhagie. Ce ramollissement, de nature particulière, car il diffère du ramollissement inflammatoire par tous ses caractères, lui paraît nécessaire pour que la déchirure du cerveau ait lieu sous l'influence de l'effort sanguin.

Cette opinion n'est admise qu'en partie par quelques auteurs qui, avec M. Andral, pensent que le ramollissement est parfois primitif et parfois consécutif; d'autres le regardent comme un résultat de l'hémorrhagie elle-même. Il est bien difficile de se prononcer sur ce point d'une manière absolue. L'absence de tout symptôme précurseur, dans un certain nombre de cas, est une objection qui n'est pas sans importance, quoique Rochoux la mette de côté, en disant que le ramollissement hémorrhagipare est une altération latente. M. Louis a, en outre, fait remarquer qu'il est de la nature du ramollissement cérébral de se montrer fréquemment dans plusieurs points à la fois, tandis que l'hémorrhagie cérébrale se montre presque toujours isolée; et cette remarque, bien que ne s'appliquant pas directement à l'espèce particulière de ramollissement admise par Rochoux, n'est cependant pas sans valeur. Enfin, on peut dire que l'altération dont il s'agit est sans analogie dans l'organisme, bien que Rochoux l'ait comparée au ramollissement du cerveau chez certains phthisiques. Il ne serait pas, en effet, difficile de démontrer que cette comparaison n'est pas juste.

M. Lallemand admet aussi l'existence d'un ramollissement préalable, mais il ne pense pas, comme Rochoux, que ce ramollissement soit d'une nature particu-

lière. Pour lui, c'est un ramollissement inflammatoire qui, rendant la pulpe cérébrale moins résistante, favorise l'épanchement du sang. L'objection présentée par M. Louis a beaucoup plus de force contre cette manière de voir que contre celle de Rochoux, et, à ce sujet, je ferai remarquer que cet auteur ne s'est pas prononcé, à beaucoup près, aussi explicitement que le disent les auteurs du *Compendium*. Selon eux, en effet, M. Louis admet la préexistence d'un ramollissement dans les cas d'hémorrhagie cérébrale, tandis qu'il a dit, seulement en parlant de quelques morts subites et imprévues (1), qu'en admettant un ramollissement latent, on explique facilement l'apparition de certaines hémorrhagies cérébrales sans symptômes précurseurs.

La question, comme on le voit, offre les plus grandes difficultés, et je crois qu'il est impossible de la résoudre dans l'état actuel de la science. J'aurai occasion d'en dire encore quelques mots quand je ferai l'histoire du *ramollissement cérébral*.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de l'hémorrhagie cérébrale sont nombreux, et il en est beaucoup qui ont une très grande importance. De là résulte une assez grande difficulté pour sa description. Rochoux a parfaitement démontré que cette affection se manifeste à l'observateur par des symptômes qui peuvent bien ne pas exister tous ensemble et varier beaucoup sous le rapport de la violence, mais qui, au fond, sont toujours les mêmes ; il n'y a donc pas lieu à établir une division qui aurait pour base des formes diverses de l'affection. Serait-il plus utile de traiter séparément de l'apoplexie très violente (foudroyante), de l'apoplexie de médiocre intensité et de l'apoplexie légère ? M. Gendrin regarde cette division comme importante, et voici quelles sont pour lui les trois espèces d'apoplexies : la première est l'*apoplexie fugace*, ou coup de sang ; la seconde, l'*apoplexie proprement dite*, ou apoplexie foudroyante, et la troisième est la *paraplexie*, dénomination empruntée à Galien, pour indiquer les cas où la paralysie prédomine, et qui sont ceux que d'autres auteurs ont désignés sous le nom d'*apoplexie de médiocre intensité*. Quant à moi, je ne crois pas qu'il y ait une utilité réelle à séparer, dans la description, ces divers cas qui ne diffèrent que par le degré de l'affection. Il suffit de signaler, à propos du début et de la marche de la maladie, les différences plus ou moins grandes qui existent sous ce rapport dans un certain nombre de cas.

Nous avons dit que la maladie dont nous nous occupons peut avoir son siége dans le cervelet et la protubérance cérébrale, aussi bien que dans le cerveau. Faut-il donc décrire séparément ces hémorrhagies de siége différent ? Pas davantage. Les symptômes auxquels donnent lieu les hémorrhagies du cervelet et de la protubérance peuvent très bien être compris dans une description générale ; et, en recherchant ensuite s'il existe quelque signe propre à faire reconnaître le point de l'encéphale dans lequel a eu lieu l'épanchement du sang, on a fait tout ce qu'il faut pour ne rien laisser passer d'important dans la symptomatologie de l'affection.

1° *Symptômes précurseurs*. La plupart des médecins qui ont écrit avant ces trente dernières années ont attaché une importance très grande aux symptômes

(1) *Mém. ou recherch. anat.-pathologiques sur plusieurs maladies*. Paris, 1826, in-8.

précurseurs. Rochoux, examinant les faits qu'il a rassemblés, a trouvé que, dans un grand nombre de cas, il n'en existe aucun, et que souvent on a regardé comme des symptômes précurseurs de l'apoplexie des phénomènes qui appartiennent à d'autres affections, ou qui n'ont pas d'importance réelle. Cette manière de voir est aujourd'hui généralement admise. Cependant M. Gendrin (1) pense que, si l'on n'a pas trouvé, dans la grande majorité des cas, des symptômes prodromiques, c'est qu'on a observé dans les hôpitaux, où l'on reçoit des sujets qui n'apportent souvent aucune attention à l'état de leur santé, lorsqu'il n'a rien de grave. Il peut y avoir du vrai dans cette assertion ; mais, pour en prouver toute l'exactitude, il eût fallu citer des faits observés hors des hôpitaux, et c'est ce que n'a pas fait M. Gendrin.

Les prodromes qu'on a observés sont les suivants : Une pesanteur habituelle de la tête ; une tension marquée dans cette partie ; rarement une véritable céphalalgie ; des bouffées de chaleur vers la face, qui est plus ou moins fortement colorée ; des étourdissements, des troubles de la vision revenant à intervalles variables ; des bourdonnements, des tintements, des sifflements d'oreille ; la dureté de l'ouïe.

Du côté de la motilité, on n'a observé aucun symptôme grave, mais une certaine pesanteur, un sentiment de fatigue, de l'engourdissement parfois.

L'intelligence, sans être obtuse, a néanmoins une activité moindre, et l'on a cité quelques cas dans lesquels la mémoire était affaiblie.

Enfin on a noté une plus grande force de la circulation, l'ampleur du pouls ; la difficulté des digestions ; les urines sédimenteuses ; une tendance marquée au sommeil, surtout après les repas, et l'augmentation de tous les symptômes précédents, lorsque le sujet séjourne dans un lieu où la température est élevée.

Un simple coup d'œil jeté sur ces symptômes, dont je n'ai pas cherché à rendre l'énumération très complète parce qu'il suffit de connaître les principaux, prouve que les prodromes de l'hémorrhagie cérébrale ne sont autre chose que les phénomènes qui caractérisent la congestion du cerveau. Dans les cas où il existe des symptômes précurseurs, il s'est fait vers le cerveau un raptus sanguin qui, au bout d'un certain temps, a été suivi de la déchirure de la pulpe cérébrale.

Rochoux n'a observé ces symptômes que chez cinq des soixante-trois malades dont il a recueilli l'histoire (2), et non seulement ils ne se montrent que chez un petit nombre de sujets, comme je l'ai déjà fait remarquer, mais encore, lorsqu'ils se manifestent, il est très rare qu'ils apparaissent tous ensemble. Tantôt ce sont simplement des bouffées de chaleur, tantôt un peu de céphalalgie ou de pesanteur de tête, et tantôt aussi un malaise indéfinissable qui ne saurait faire soupçonner l'invasion prochaine d'une hémorrhagie cérébrale. Il faut dire du reste que, malgré le soin qu'on a mis à rechercher ces signes précurseurs et à en apprécier la valeur, on aurait tort de croire qu'avec ces documents on peut prévoir toutes les attaques d'apoplexie précédées de prodromes. Ils sont quelquefois très trompeurs, et ce n'est qu'après l'invasion de la maladie qu'on en reconnaît l'importance.

Par opposition à ces cas dans lesquels une altération quelconque de la santé a

(1) *Trait. phil. de méd. pratique.* Paris, 1838, t. I, p. 378.
(2) *Rech. sur l'apoplexie.*

précédé l'invasion de l'hémorrhagie cérébrale, on pourrait en citer d'autres où les malades ont rapporté qu'ils ne s'étaient jamais sentis plus dispos que les jours qui ont précédé leur attaque. On n'a, du reste, pu trouver aucune relation entre l'intensité de l'apoplexie et celle des symptômes précurseurs. L'absence ou la présence de ces phénomènes n'a pas de rapport mieux démontré avec la violence de l'affection.

2° *Symptômes de l'attaque.* La manière la plus ordinaire dont surviennent les attaques d'apoplexie est la suivante : Après avoir éprouvé quelques uns des symptômes précurseurs qui viennent d'être indiqués, et plus souvent sans avoir été prévenu par aucun phénomène digne de remarque, le sujet est pris tout à coup d'un vertige, il perd connaissance, tombe, et reste dans cet état pendant un temps plus ou moins long.

Apoplexie foudroyante. Dans un certain nombre de cas, le malade, ainsi frappé, *reste sans aucun mouvement*, ou ses membres sont agités de *mouvements convulsifs* qui cessent plus ou moins promptement pour faire place à la résolution complète. La *respiration* est très embarrassée ; souvent *du sang est rendu par la bouche et le nez*, et le *malade expire* au bout d'un temps qui peut être moindre de cinq minutes, ce qui est fort rare, ou se prolonger plus ou moins sans qu'aucune amélioration ait lieu. C'est là ce qu'on a appelé une attaque d'*apoplexie foudroyante.* Nous verrons plus loin que l'hémorrhagie qui produit ces violents symptômes est ordinairement très abondante ou occupe un siége particulier.

Apoplexie violente. D'autres sujets sont atteints avec la même rapidité de symptômes aussi violents ou presque aussi violents; mais *l'état dans lequel ils se trouvent peut se prolonger vingt-quatre heures et même deux ou trois jours* sans que la connaissance revienne, et se terminer ensuite par la mort.

Apoplexie de médiocre intensité. Il arrive bien plus souvent que les sujets affectés ne présentent, avec la *perte de connaissance*, qu'une *paralysie partielle*, sans trouble des autres fonctions, et qu'après être restés sans connaissance pendant un temps très variable qui sera indiqué plus loin d'une manière plus précise, ils reviennent plus ou moins parfaitement à eux, et conservent les symptômes de paralysie que je décrirai tout à l'heure.

Apoplexie légère. Enfin on a cité des exemples dans lesquels *la perte de connaissance n'a pas été complète ou même a entièrement manqué*, les malades n'ayant été prévenus que par un *simple étourdissement.* Si le malade est debout, il tombe ordinairement; mais parfois il peut continuer encore à marcher, en traînant sa jambe paralysée; s'il est assis, lui seul quelquefois a, dans le premier moment, la conscience de son attaque; mais plus souvent son air étonné et effrayé frappe ceux qui l'entourent, et la paralysie ne tarde pas à se manifester dans les efforts impuissants qu'il fait pour mouvoir les membres affectés.

Tels sont les symptômes qui appartiennent en propre aux attaques d'apoplexie. On en observe encore quelques autres, mais on les trouvera dans la description détaillée qui va suivre; car il est important d'étudier en particulier chacun des symptômes que présentent les apoplectiques; et si j'ai tracé le tableau précédent, c'est qu'il est utile de connaître la manière dont se fait l'*invasion* de la maladie.

3° *Description des divers symptômes en particulier.* Nous avons vu plus haut

que la *perte de connaissance* est un des principaux symptômes de l'hémorrhagie cérébrale, et nous avons noté des cas dans lesquels cette *perte de connaissance* est *incomplète*. Dans ce dernier cas, il y a des nuances qui méritent d'être mentionnées. « Tantôt, dit Rochoux, c'est un simple *éblouissement*, tantôt un *tournoiement de tête* beaucoup plus fort. D'autres fois il s'y joint une *sensation très pénible de déchirure*, ou *de quelque chose qui éclate* dans la tête. Tantôt la perte de connaissance est telle que le malade paraît entièrement insensible, mais *se rappelle* pourtant, quand l'accès est passé, *la plupart des choses* qui lui sont arrivées pendant sa durée...

» Ce qu'il y a surtout de remarquable dans l'étourdissement apoplectique, c'est, continue Rochoux, le caractère du *trouble profond et prolongé* qu'il apporte dans les facultés intellectuelles. Il a beau être léger, les malades conservent un air d'étonnement tout à fait insolite, qui se dissipe toujours avec lenteur...

» Quand l'étourdissement est dissipé, il reste presque toujours une assez forte *douleur de tête*, avec un sentiment de *lourdeur* de cette partie. Beaucoup de malades disent en souffrir principalement du côté opposé à la paralysie. »

Paralysie du mouvement. La paralysie est un des symptômes les plus importants de l'hémorrhagie cérébrale. Aujourd'hui personne n'élève de doute sur ce point. Ordinairement elle occupe une moitié du corps, et constitue l'*hémiplégie*. En pareil cas, le bras et la jambe, d'un côté du corps, sont plus ou moins complétement privés de mouvement. Soulevés, ils retombent comme une masse inerte, sans que la volonté du malade puisse s'y opposer. Ils ne peuvent plus exécuter aucun mouvement lorsque la paralysie est complète; si elle n'est pas tout à fait complète, ce qui est rare, le malade peut retirer un peu le membre, mais il ne peut pas le soulever.

La *paralysie de la face* coïncide avec celle des membres. Les traits du côté paralysé sont détendus, la commissure des lèvres, du même côté, est plus basse que celle du côté opposé, et cela souvent à un degré très remarquable, parce que les muscles du côté non paralysé se contractent et tirent les traits en haut et en dehors. Si l'on dit au malade de souffler en retenant l'air dans sa bouche, on voit la joue paralysée se distendre plus que l'autre, puis la bouche s'entr'ouvrir de ce côté et l'air sortir malgré tous les efforts du malade, ce qui tient au défaut de contraction des muscles de ce côté. Ce phénomène se produit parfois indépendamment de la volonté du malade, et alors qu'il est encore privé de connaissance. A chaque mouvement d'expiration, l'air, tendant à s'échapper de la bouche, soulève d'abord le muscle buccinateur paralysé, puis entr'ouvre la commissure, et s'échappe avec un bruit court et sec, comme quand on fume; aussi s'est-on servi, pour désigner ce phénomène, de l'expression *fumer la pipe*.

La paralysie des muscles moteurs de l'*œil* est beaucoup plus rare : il existe en pareil cas un *strabisme* qui varie nécessairement suivant les muscles paralysés. On observe plus fréquemment la *paralysie de la paupière supérieure;* l'œil est alors fermé, parce que le releveur de cette paupière ne peut plus la soulever. On a aussi, dans un certain nombre de cas, signalé l'immobilité des *pupilles*, qui, suivant les auteurs, sont le plus souvent dilatées dans les cas les plus graves.

La *paralysie de la langue* coïncide ordinairement avec celle de la face et des membres, et se fait reconnaître principalement par la déviation de cet organe, lors-

que le malade le tire ou cherche à le tirer hors de la bouche. Si la paralysie est complète, ou, en d'autres termes, existe des deux côtés, la langue ne peut pas être tirée ; elle reste immobile au milieu de la bouche, malgré tous les efforts du malade. Si elle ne porte que sur un côté, l'organe sort de la bouche avec facilité, mais il est dévié. La pointe est portée du côté paralysé, phénomène qu'on explique facilement quand on connaît la manière dont la langue est poussée au dehors, ce qui a lieu par un mouvement de propulsion exécuté par les muscles génio-glosses, et a été très bien indiqué par M. Lallemand. Le muscle non paralysé pousse seul la langue, qui se trouve ainsi, faute d'antagonisme du muscle opposé, jetée du côté paralysé.

On a, il est vrai, fait des objections à cette manière d'expliquer le mouvement de la langue, et Blandin, qui nous a donné un mémoire fort intéressant *sur la structure et les mouvements de la langue dans l'homme* (1), pense que l'action du lingual et du stylo-glosse, du côté non paralysé, doit empêcher le mouvement de propulsion du génio-glosse ; mais s'il en est ainsi, il n'y a plus d'explication possible. D'un autre côté, on a cité des cas dans lesquels la déviation de la langue a lieu du côté non paralysé. Malgré les efforts qu'on a faits pour expliquer ces anomalies, nous devons convenir que nous ne connaissons rien de satisfaisant à cet égard. Je dois toutefois mettre l'observateur en garde contre une erreur facile. Il arrive quelquefois que la langue n'est pas paralysée ; si alors on la fait tirer en se plaçant du côté sain, le malade la dirige vers le médecin, et l'on peut la croire déviée de ce côté. Il faut aussi tenir compte de l'absence des dents d'un côté de la bouche, car la langue sort naturellement par le point où les gencives se trouvent dégarnies. Mais c'est assez insister sur un point qui pour nous n'a qu'une importance secondaire, car pour le praticien il suffit qu'un fait soit bien constaté, quelle que soit l'explication qu'on puisse en donner.

La paralysie des autres parties du corps est bien loin d'avoir la même importance que celle des organes qui viennent d'être mentionnés, parce qu'elle est beaucoup moins fréquente ; cependant il est quelques particularités qui méritent notre attention.

On observe parfois une *paralysie des muscles d'un côté du cou*, mais le fait est rare. Il n'est pas plus fréquent d'observer la perte du mouvement des muscles du pharynx et de l'œsophage ; ce symptôme n'existe guère que dans quelques cas très graves où il y a paralysie générale. En pareil cas, la *déglutition* est très difficile et se fait avec un bruit de *glouglou*. Je ne sais sur quoi se sont fondés les auteurs du *Compendium* pour avancer que la paralysie de l'estomac est assez fréquente dans l'apoplexie ; ce symptôme n'est mentionné ni par Rochoux ni par M. Andral, qui ont étudié avec soin la paralysie dans les diverses parties qu'elle occupe, et je ne l'ai pas vu constaté dans les observations que j'ai consultées. La *paralysie du rectum* s'observe au contraire dans un certain nombre de cas, et il en est de même de la *paralysie de la vessie*. Je reviendrai sur ces signes.

Paralysies limitées. Chez quelques sujets, et j'ai déjà eu occasion de signaler ces particularités, une portion peu étendue du corps est frappée de paralysie du mouvement. C'est ainsi qu'on voit un bras, plus rarement une jambe, plus rarement encore la langue, comme j'en ai observé récemment un cas, ou bien un côté de la

(1) *Archives de médecine*. Paris, 1823, t. I, p. 457.

face, être isolément paralysés. Dans d'autres cas, on voit à la fois la face et un bras, ou bien la face et la langue, etc., offrir la paralysie. Ces paralysies limitées peuvent avoir lieu aussi bien à la suite d'une attaque avec perte de connaissance qu'après un simple étourdissement ; mais si l'on s'en rapporte à la plupart des faits publiés, c'est surtout dans les cas où il n'y a pas eu perte de connaissance qu'elles se manifestent.

On n'est pas bien fixé sur la *paralysie des muscles du tronc*. Ce que nous dirons à propos de la paralysie du sentiment nous portera à penser que les muscles de cette partie présentent plus ou moins complétement, dans un certain nombre de cas, la perte du mouvement ; mais il est difficile de s'en assurer, soit en examinant les mouvements des côtes dans la respiration, soit en faisant exécuter des mouvements du tronc, parce que l'action musculaire des deux côtés n'est pas, à beaucoup près, aussi indépendante dans cette partie que dans les membres.

Dans les cas très graves, au contraire, ainsi que je l'ai dit plus haut, toutes ou presque toutes les parties que je viens d'énumérer sont frappées de paralysie des deux côtés du corps. On observe alors la *paralysie générale*, qui quelquefois, se dissipant d'un côté, laisse une hémiplégie complète, mais qui le plus souvent persiste jusqu'à la mort.

M. Cl. Bernard (1) a rapporté un cas dans lequel il existait un foyer sanguin dans le corps strié du côté gauche *sans qu'on ait observé de paralysie* dans aucun point du corps. C'est un cas bien exceptionnel.

Convulsions, contracture. La motilité présente encore une altération très importante, quoiqu'elle ne s'observe ni dans tous les cas, ni à toutes les époques de la maladie. Je veux parler des *convulsions*, de la *contracture*, de la *roideur* des membres et de celle des muscles de la mâchoire (*trismus*).

Dans certains cas, les convulsions ou la contracture alternent avec la paralysie, de telle sorte que, par moments, les membres se contractent de manière qu'il faut beaucoup de peine pour les étendre, et que, dans d'autres, ils tombent dans la résolution. D'autres fois on observe la paralysie d'un côté, et la roideur, la contracture ou les convulsions de l'autre. Assez souvent enfin on voit à une paralysie qui a duré plus ou moins longtemps succéder les convulsions et la contracture. Il résulte des recherches de Boudet, sur ce point intéressant, que l'apparition des phénomènes convulsifs coïncide, du moins dans le plus grand nombre des cas, avec un *épanchement de sang dans une des cavités de l'encéphale* (ventricules, grande cavité de l'arachnoïde). J'ai eu occasion de vérifier maintes fois cette remarque importante, sur laquelle je reviendrai en parlant du *ramollissement cérébral* et des *abcès du cerveau*. Parfois la contracture existe des deux côtés, ce qui s'explique facilement par l'éruption du sang dans la cavité centrale du cerveau.

Paralysie de la sensibilité. La sensibilité se trouve plus ou moins complétement abolie dans les organes privés de mouvement. Cette règle souffre quelques exceptions, mais ces exceptions sont rares. Si l'on pince, si l'on pique un membre dans la résolution, le malade ne donne par aucune plainte, s'il a sa connaissance, et par aucun mouvement des parties non paralysées, s'il est sans connaissance, le moindre signe de souffrance. On observe surtout cette perte de sensibilité à la face

(1) *Union médicale*, 15 août 1848.

et aux membres. Sur le tronc, la perte de sensibilité peut être constatée, mais ses limites ne sont pas toujours les mêmes ; il est rare que l'insensibilité s'arrête juste à la ligne médiane : chez quelques sujets on la voit s'avancer très près de cette ligne, tandis que chez d'autres elle s'en éloigne de manière à n'occuper que la partie latérale du tronc. Dans quelques cas que j'ai examinés dans le but de rechercher quelles sont les limites de l'insensibilité, j'ai trouvé qu'elles se rapprochaient beaucoup plus de la ligne médiane en arrière qu'en avant, de telle sorte que l'abdomen et la partie antérieure de la poitrine avaient conservé toute leur sensibilité, tandis qu'une moitié du dos était presque partout insensible. J'ai aussi constaté un fait remarquable : après avoir piqué avec une épingle un point sensible voisin des limites de l'insensibilité préalablement reconnues, je voyais, en piquant un peu au delà de ces limites, vers la partie paralysée, la sensibilité revenue, et en poursuivant l'expérience, je pouvais reculer la limite de 4 ou 5 centimètres, et quelquefois plus, de telle sorte que le malade se plaignait vivement d'une piqûre légère faite dans un point où auparavant une piqûre beaucoup plus forte n'avait causé aucune douleur. Je signale ces expériences, afin qu'elles soient répétées, car je n'ai pu encore les faire assez souvent.

La perte de la sensibilité est générale dans les cas très graves, comme la perte du mouvement. Parfois aussi elle est bornée à une très petite étendue du tégument, et, je le répète, elle n'est pas toujours en rapport avec la paralysie du mouvement.

Troubles des sens. Pendant l'attaque, lorsque le malade est privé de connaissance, les fonctions sensoriales sont, par ce seul fait, abolies, et il n'est, par conséquent, pas possible de s'assurer s'il existe réellement des troubles de la vision, de l'ouïe, etc. Lorsqu'il est revenu à lui, on peut rechercher quels sont les symptômes que fournissent ces fonctions; mais malheureusement ces recherches n'ont pas encore été faites d'une manière suivie et méthodique. Quelquefois la *vision* est troublée du côté paralysé. L'œil est fixe, immobile, et ne distingue pas les objets ou ne les aperçoit que confusément. Dans des cas très graves, et qui se terminent par la mort sans que le malade ait recouvré sa connaissance, on voit parfois l'œil du côté affecté, injecté, saillant, à demi ouvert.

Dans un certain nombre d'observations inédites, dont j'ai entendu la lecture à la Société d'observation, il est fait mention d'expériences tendant à rechercher si *l'ouïe* était perdue du côté paralysé, et j'ai remarqué qu'en général ces expériences conduisaient à un résultat négatif.

L'*odorat* est quelquefois perdu du côté malade. Il faut prendre garde, en recherchant ce symptôme, de confondre la sensibilité spéciale avec la sensibilité générale. La narine peut être insensible aux stimulants ordinaires par suite de la paralysie, et cependant percevoir encore la sensation particulière des odeurs.

Quant au *goût*, rien n'est plus difficile que de savoir s'il est aboli dans une partie de la langue, parce que la salive répand promptement sur la surface de cet organe les corps sapides qu'on dépose sur un de ses points. L'impression qui m'est restée de la lecture de quelques faits où l'état de ce sens a été recherché est que le goût n'est généralement pas aboli.

Respiration. J'ai dit plus haut que dans les attaques très violentes la respiration est embarrassée. Les malades font alors entendre le même bruit qu'une personne qui ronfle, et c'est là ce qu'on a désigné sous le nom de *stertor*. Aux approches de

la mort, le râle trachéal, comme dans toutes les agonies, vient se joindre à cette sterteur, qu'on retrouve, du reste, dans d'autres affections comateuses.

La *parole* est très fréquemment difficile ou même impossible, ce qui dépend de plusieurs causes. Lorsque les malades reviennent à eux, l'intelligence est plus ou moins troublée, d'où il peut résulter une certaine confusion et un embarras plus ou moins marqué de la parole. Quelquefois la parole reste complétement abolie, bien que l'intelligence soit revenue, et nous verrons, en parlant des lésions anatomiques, à quelles altérations particulières du cerveau on a attribué ce symptôme singulier. Enfin, comme je l'ai dit plus haut, l'intelligence peut être revenue, ou même n'avoir été que faiblement atteinte, la parole peut être conservée, et cependant la prononciation des mots être très confuse par suite de la paralysie de la langue. J'ai eu dernièrement dans mon service, à l'Hôtel-Dieu annexe, une jeune femme qui n'a pas eu de paralysie ailleurs que dans les muscles de la langue, et qui articulait difficilement, quoique l'attaque d'apoplexie se fût dissipée depuis longtemps.

L'*état du pouls* a été étudié avec assez de soin, et nous verrons, en parlant du *pronostic*, quelles conséquences on en a tirées. Il est variable. Souvent le pouls conserve sa fréquence, son ampleur et sa régularité normales. Parfois il est fort, plein et dur ; parfois aussi petit, serré, faible, rarement irrégulier. Lorsque la mort est proche, le pouls s'accélère et devient étroit et faible.

Du côté des *voies digestives*, on n'observe ordinairement rien de bien remarquable. On a noté quelquefois des *vomissements* au moment de l'attaque, ordinairement de la *constipation*, et parfois des *selles involontaires*. Ce dernier symptôme n'a lieu à une époque rapprochée de l'invasion que dans des cas ordinairement très graves, et il résulte de la *paralysie des sphincters de l'anus*. Dans les cas d'une intensité moindre, il peut survenir aux approches de la mort.

La *sécrétion urinaire* ne subit pas de modifications importantes; mais nous avons vu que, dans certains cas, en général fort graves, son excrétion était empêchée par suite de la paralysie de la vessie. On trouve alors les symptômes que nous avons assignés à cette paralysie (tumeur, matité, urine rendue par regorgement, etc.), et qu'il faut toujours rechercher quand il s'agit d'une affection cérébrale. Plus souvent encore, dans les attaques un peu fortes, il y a émission involontaire des urines. Quant aux divers caractères physiques du liquide excrété, Rochoux n'a rien trouvé qui appartienne en propre à la maladie dont nous nous occupons.

La *chaleur de la peau* n'est en général ni augmentée ni diminuée. Dans quelques cas on a signalé le froid des extrémités coïncidant avec une augmentation de température vers la tête. Dans les derniers temps de la maladie, le froid des extrémités est très fréquent.

La *face* est diversement colorée. On avait attribué à l'apoplexie sanguine ou hémorrhagie cérébrale une coloration rouge de la face ordinairement remarquable. Rochoux a trouvé, en analysant ses observations, que la face est indifféremment pâle ou rouge, et qu'elle peut être verdâtre, jaunâtre, livide ou d'un violet foncé. Cette dernière coloration coïncide presque toujours avec la bouffissure.

Le *sommeil* n'est pas ordinairement naturel. Nous avons vu que dans les cas très graves il y a un véritable *coma*, et que par conséquent il n'y a, à proprement parler, ni veille ni sommeil. Dans les cas moins intenses, et souvent même dans les cas légers, on observe un *assoupissement* qui est plus marqué la nuit que le jour. Dans

d'autres, il existe une *agitation* parfois considérable, de l'*insomnie*, et même un véritable *délire*.

Tels sont les symptômes de l'hémorrhagie cérébrale pendant la première partie de sa durée, à laquelle on pourrait donner le nom de *première période* ou période d'augment et d'état, si la marche de l'affection ne présentait pas une variabilité si grande. Voyons maintenant ce que deviennent tous ces phénomènes pendant que l'affection suit son cours.

A une époque de la maladie, très variable suivant les cas, l'*intelligence*, lorsque la maladie tend à la guérison, revient plus ou moins rapidement à son état primitif; mais il est rare qu'une attaque d'apoplexie sanguine un peu forte ne laisse pas après elle une certaine altération des facultés intellectuelles: tantôt c'est la mémoire qui est perdue, tantôt l'aptitude au travail, la puissance de conception, etc. Il est même fréquent que les individus restent dans un état marqué d'hébétude et d'idiotisme qui, joint à la paralysie qu'ils présentent, sert à les faire reconnaître promptement : ils pleurent et rient sans motifs, et présentent l'état des vieillards *tombés en enfance*. Chez quelques sujets néanmoins les fonctions cérébrales reprennent toute leur activité; c'est ce qu'on observe principalement dans les cas très légers où la perte de connaissance a été incomplète.

Il est très rare que la *paralysie du mouvement*, quelque légère qu'ait été l'attaque, se dissipe avec une très grande rapidité. On a cité, il est vrai, des cas où ce symptôme aurait disparu au bout de deux, trois ou quatre jours; mais, comme le font remarquer les auteurs qui ont étudié avec le plus de soin l'hémorrhagie cérébrale, les cas de cette espèce doivent, selon toutes les probabilités, être rapportés à une simple congestion du cerveau. Les sujets chez lesquels ce symptôme disparaît le plus rapidement sentent presque toujours, au bout d'un mois encore, une certaine faiblesse dans les parties paralysées. Mais le cas le plus ordinaire est de voir la paralysie persister deux ou trois mois avant de se dissiper tout à fait, et enfin on voit un assez bon nombre de sujets rester paralysés toute leur vie. C'est dans ces cas, comme je le disais plus haut, que l'intelligence est obtuse ou entièrement abolie. Rochoux a remarqué qu'alors même que la paralysie se dissipe chez les personnes âgées de plus de quarante ans, il reste presque toujours une faiblesse grande ou petite des membres affectés, à laquelle se joignent un sentiment d'engourdissement et une obtusion remarquable du tact.

Lorsque les membres restent paralysés pendant de longues années, ils s'*atrophient*, et finissent par présenter une coloration blafarde particulière, à laquelle on a donné le nom de *luridité*. Chez les sujets qui présentent cette paralysie prolongée des membres, la face reste également paralysée, l'immobilité des muscles qui font mouvoir les lèvres rend la parole difficile; les malades laissent échapper leurs aliments en les mâchant, parce que les lèvres et les joues n'ont plus la force de les retenir, et la salive ne pouvant pas être mieux gardée, ils *bavent* presque constamment.

La *perte de la sensibilité* se dissipe de la même manière que la perte du mouvement; mais il est à remarquer que le premier de ces symptômes disparaît avant le second. Ainsi on voit des membres qui ont recouvré toute leur sensibilité conserver une faiblesse encore très grande. Si la paralysie du mouvement persiste avec toute son intensité, il est bien rare que la paralysie de la sensibilité ne reste pas

également complète. C'est ce qu'on observe chez les malades devenus idiots, dont je parlais plus haut.

Une remarque générale, c'est que la paralysie de la motilité et de la sensibilité se dissipe plus promptement aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. On voit des sujets qui parviennent à marcher, quoiqu'en traînant la jambe, et qui néanmoins ne peuvent pas parvenir à remuer un bras ; celui-ci reste à demi fléchi le long du corps, le pouce dans la main et dans une demi-pronation. La démarche de ces hémiplégiques est caractéristique.

Les autres symptômes se dissipent ordinairement avec une bien plus grande rapidité que ceux que je viens d'énumérer. Il y a cependant une exception dans quelques cas pour la *perte de la parole*. On voit fréquemment des sujets restés paralytiques avoir toutes leurs fonctions digestives, sécrétoires, etc., dans un bon état, et ne plus pouvoir parler. Ils entendent ce qu'on leur dit, ils comprennent, ils cherchent à répondre, mais ils ne peuvent articuler. Le plus souvent ils prononcent quelque monosyllabe ou quelques mots sans aucun sens, qu'ils appliquent à tout, et sont fort sujets à s'impatienter quand on ne comprend pas ce qu'ils veulent dire. Alors ils expriment leur impatience en répétant, sur divers tons et avec persistance, le mot incompréhensible qu'ils ont adopté. On voit aussi la paralysie du rectum ou des sphincters de l'anus persister parfois très longtemps, ce qui donne lieu soit à la constipation, qui n'est vaincue que par les purgatifs, soit à une incontinence des matières fécales. Il est plus rare de voir persister l'incontinence d'urine. Quelques sujets conservent, au contraire, une rétention d'urine, et l'on est obligé de les sonder tous les jours.

Pendant que cet amendement de symptômes a lieu, ou lorsque les malades sont depuis un temps plus ou moins long dans cet état de paralysie, suite de l'hémorrhagie cérébrale, il peut survenir d'autres phénomènes qui annoncent de nouvelles lésions. La *fièvre s'allume*, des *douleurs plus ou moins vives*, des fourmillements, la *contracture* se montrent dans le membre paralysé ; puis survient une *nouvelle perte de connaissance* brusque ou progressive. Ces symptômes vont en augmentant, et le malade succombe après une agonie plus ou moins longue. Ces signes annoncent un *ramollissement* consécutif à l'apoplexie et qui s'est emparé des parois du foyer.

Dans un assez bon nombre de cas, surtout quand l'hémorrhagie a été un peu violente, ce *ramollissement consécutif* se produit peu de temps après l'attaque, et lorsque le retour plus ou moins complet de l'intelligence fait espérer une amélioration progressive. D'autres fois ce n'est qu'au bout d'un temps assez long, plusieurs mois, des années, pendant lesquels l'état caractérisé par la paralysie est resté stationnaire, qu'on voit survenir ces signes de ramollissement, dont la douleur du membre paralysé peut être le premier symptôme. On voit, en effet, des sujets qui souffrent beaucoup et ressentent de vifs élancements, des douleurs lancinantes dans un bras, par exemple, avant que la fièvre, la perte de connaissance, etc., viennent démontrer que le cerveau se ramollit.

Enfin, ainsi que je l'ai dit plus haut, il est des cas d'apoplexie non foudroyante qui se terminent par la mort, avec une progression toujours croissante des symptômes, ou du moins sans éprouver autre chose qu'une amélioration passagère. Nous verrons que, en pareil cas, on trouve ordinairement la raison de cette inten-

sité croissante des phénomènes morbides dans la *continuation de l'hémorrhagie*, qui se fait tantôt d'une manière continue, tantôt d'une manière irrégulièrement intermittente, ce qui explique les améliorations passagères dont je viens de parler.

Quant aux symptômes des maladies intercurrentes, comme la *pneumonie*, la *bronchite*, etc., affections qui viennent hâter la mort d'un certain nombre d'apoplectiques, ce n'est pas ici le lieu de les exposer ; il suffit de mentionner le fait. Seulement il faut savoir que ces maladies peuvent se développer d'une manière latente chez les sujets dont les fonctions cérébrales sont plus ou moins abolies, et, par conséquent, toutes les fois qu'il survient quelque changement dans la santé habituelle d'un sujet resté paralysé et imbécile à la suite d'une hémorrhagie cérébrale, on doit examiner avec soin tous les organes et toutes les fonctions.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie, récidives.

J'ai, à peu de choses près, décrit la marche de la maladie en indiquant la succession des principaux symptômes. Elle est très variable. Extrêmement rapide dans les apoplexies foudroyantes, elle a toujours ce caractère de rapidité au début de toutes, puisqu'il s'agit d'une véritable attaque ; mais ensuite on voit cette marche tantôt conserver une assez grande acuité ; tantôt, au contraire, devenir très lente, soit que la maladie tende à une terminaison funeste, soit qu'elle tende à la guérison, mais bien plus souvent dans le dernier cas que dans le premier. Il est des cas où le mieux ne marchant pas d'une manière durable, il y a des intervalles de raison et de délire. Ce dernier, comme je l'ai dit, est surtout remarquable la nuit.

Il s'ensuit que la *durée* de cette affection est également très variable. On voit des sujets succomber en quelques minutes, ou, bien plus fréquemment, en trois, quatre et cinq heures (*apoplexie foudroyante*), d'autres au bout de vingt-quatre heures ou de quelques jours ; tandis que d'autres vivent pendant des années, quoique portant des traces profondes de l'hémorrhagie cérébrale.

La *durée des divers symptômes* mérite une mention particulière. Les malades recouvrent la connaissance ordinairement du premier au quatrième ou sixième jour. La paralysie, au contraire, ainsi que je l'ai dit plus haut, ne se dissipe qu'au bout de dix ou quinze jours dans les cas très légers, et au bout d'un, deux ou trois mois dans les cas de moyenne intensité.

La *terminaison* de l'hémorrhagie cérébrale est fréquemment funeste ; mais, ainsi que nous l'avons fait remarquer, l'époque à laquelle arrive la mort est très variable. Lorsque la maladie est très intense, elle emporte le malade par l'anéantissement des diverses fonctions et par ses propres progrès. Dans d'autres cas, il survient, après une amélioration de plus ou moins longue durée, un ramollissement que j'ai déjà mentionné et qui cause la mort. Chez quelques sujets cet effet est produit par une maladie intercurrente, et enfin d'autres succombent à une nouvelle attaque d'apoplexie.

Les *récidives* de l'hémorrhagie cérébrale sont très fréquentes. On voit quelquefois des sujets être atteints presque coup sur coup de plusieurs attaques d'apoplexie ; d'autres commencent à peine à se remettre d'une première hémorrhagie qu'ils sont frappés par une seconde. Quelques uns enfin, après avoir été pendant plusieurs années à l'abri de ses atteintes, soit qu'ils aient parfaitement guéri, soit qu'ils aient

vécu paralysés, éprouvent une nouvelle attaque. Le nombre de ces récidives peut être considérable. En général, ce sont les apoplexies légères, et surtout celles qui ont eu lieu sans perte de connaissance, qui se renouvellent ainsi à des intervalles plus ou moins rapprochés. On a cité des cas où l'existence de dix, onze, douze petits foyers apoplectiques, dans un état de cicatrisation plus ou moins avancé, a prouvé l'existence de dix ou douze attaques de paralysie successives. Il arrive fréquemment qu'après avoir éprouvé un plus ou moins grand nombre de ces petites attaques, les sujets en ont une beaucoup plus forte qui cause la mort.

§ V. — Quelques particularités sur l'hémorrhagie cérébrale, suivant l'âge des sujets et le siége de la lésion.

L'hémorrhagie cérébrale, telle que je l'ai définie, a son siége dans plusieurs organes différents. Il importe, par conséquent, de rechercher si la différence du siége en apporte une dans les symptômes. En outre, la maladie ne se présente généralement pas, chez les très jeunes enfants, avec les mêmes caractères symptomatiques que chez les adultes : c'est également un point à étudier. Ces particularités me paraissent assez importantes pour mériter toute l'attention du praticien. Je vais les exposer, en commençant par l'hémorrhagie cérébrale chez les enfants.

Hémorrhagie cérébrale chez les enfants. J'ai, dans un autre ouvrage (1), réuni quelques observations propres à faire connaître quels sont les symptômes de l'hémorrhagie cérébrale *chez les enfants nouveau-nés.* Or, parmi les cas que j'ai rassemblés, je n'en ai trouvé qu'un, recueilli par M. Vernois, qui ait donné des symptômes évidents. Je ne parle pas, en effet, des convulsions observées chez un sujet, parce qu'il s'agissait, dans ce cas, d'une hémorrhagie dans la cavité de l'arachnoïde, dont nous ne nous occupons pas ici. On peut donc dire que chez les nouveaux-nés l'affection est ordinairement latente. Les sujets n'étaient remarquables que par leur peu de vivacité ou leur immobilité. Dans le cas observé par M. Vernois, les symptômes furent ceux qu'on observe chez l'adulte, sauf que rien ne put faire croire que la sensibilité était abolie; mais la difficulté de l'exploration a pu empêcher de reconnaître le symptôme.

Les observations rassemblées par MM. Rilliet et Barthez (2) prouvent que, chez les enfants un peu plus âgés, les symptômes ne sont généralement pas plus caractéristiques dans l'hémorrhagie qu'ils appellent primitive que dans l'hémorrhagie secondaire, c'est-à-dire, survenue chez des sujets dont la santé est détériorée par une autre affection. Ce sont des convulsions, de l'agitation, du coma ; mais presque jamais ces symptômes ne s'accompagnent d'une paralysie évidente et bien localisée, et l'attaque telle que nous l'avons décrite chez l'adulte n'existe pas.

Il faut reconnaître que l'apoplexie chez les enfants a besoin d'être encore étudiée ; mais les faits dont je viens de faire mention n'en ont pas moins un intérêt réel.

Hémorrhagie du cervelet. Il y a des points obscurs dans l'histoire de l'hémorrhagie du cervelet, ce qui tient, ainsi que le font remarquer les auteurs du *Compendium*, à ce que beaucoup d'apoplexies cérébelleuses sont très promptement mortelles et ne permettent pas d'en étudier attentivement les symptômes, et aussi

(1) *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*, p. 500 et suiv.
(2) *Traité des malad. des enfants*, t. II.

à ce que fréquemment, en même temps qu'une hémorrhagie du cervelet, il existe une hémorrhagie du cerveau. Cependant il résulte des recherches les plus précises, et en particulier de celles de M. Andral, que, dans la première de ces affections, les choses se passent *en général* de la même manière que dans l'hémorrhagie cérébrale. Voici toutefois les différences signalées dans certains cas :

Morgagni a cru voir que dans l'apoplexie du cervelet, la respiration est plus profondément troublée ainsi que la circulation, et que l'émission involontaire des urines et des matières fécales est plutôt un symptôme de cette hémorrhagie que d'une hémorrhagie cérébrale ; mais ces assertions demandent à être confirmées par de nouveaux faits.

M. Serres a noté l'*érection du pénis* six fois sur onze cas d'hémorrhagie cérébelleuse ; mais les autres auteurs n'ont pas observé ce phénomène, qui tiendrait, suivant ce médecin, à ce que l'hémorrhagie a eu lieu dans le lobe médian du cervelet.

Je mentionnerai encore, comme ayant été données pour signes d'une hémorrhagie cérébelleuse, la *paralysie du sentiment avec la conservation du mouvement*, une *impulsion irrésistible* qui pousse les malades en avant, qui les force à tourner sur eux-mêmes, à marcher de côté. On reconnaît là les conséquences de diverses théories physiologiques qui ont donné lieu à des discussions interminables. Pour nous, les faits cliniques ne sont pas concluants.

Enfin on a cité comme appartenant particulièrement à l'hémorrhagie cérébelleuse l'*amaurose* et le *coma ;* mais nous n'avons pas de relevés de faits qui prouvent l'exactitude de cette assertion.

Je parlerai du rapport de la paralysie avec le point lésé du cervelet, après avoir fait la description des lésions anatomiques.

Hémorrhagie de la protubérance cérébrale. Dans quelques cas, l'hémorrhagie de la protubérance annulaire est tout à fait foudroyante. Le sujet peut être emporté en quelques minutes. On en voit un exemple dans le *Recueil de la Société anatomique.* Dans les cas de ce genre, le foyer apoplectique occupe toute la protubérance, dont il ne reste plus qu'une coque simple qui seule s'est opposée à l'écoulement du sang hors de l'organe. D'autres fois, et M. Serres (1) en a rapporté des exemples, il y a *paralysie générale*, et survenant subitement en même temps que la perte de connaissance ; puis se montrent des symptômes d'asphyxie, et le malade succombe au bout d'un temps plus ou moins long. En pareil cas, la lésion occupe encore la partie centrale de la protubérance ; mais, soit qu'elle ait moins d'étendue, soit pour une autre cause que les observations connues dans la science ne nous permettent pas d'indiquer, la maladie a marché avec moins de rapidité.

On a cité d'autres faits, et celui que rapporte Ollivier (2) est des plus remarquables, dans lesquels les choses se sont passées à peu près comme dans les cas où il existe une hémorrhagie circonscrite dans un des hémisphères du cerveau, c'est-à-dire qu'il y a une hémiplégie du mouvement ; mais, suivant l'auteur que je viens de citer, l'hémorrhagie de la protubérance diffère, même dans ce cas, de l'hémorrhagie cérébrale, en ce qu'il n'y a pas abolition aussi complète de la sensibilité que

(1) *Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux*, Paris, 1819.
(2) *Trait. des malad. de la moelle épin.*, 3ᵉ édit., t. II, obs. 95.

du mouvement, ce qu'il attribue à l'intégrité des faisceaux postérieurs de la moelle, qui ne sont pas atteints dans l'hémorrhagie de la protubérance.

Je dois dire que cette dernière assertion aurait besoin d'être appuyée sur de nouveaux faits ; car, dans les cas d'apoplexie de la protubérance, les symptômes sont souvent si graves et si promptement mortels, qu'on a beaucoup de peine à constater l'existence ou l'absence des divers phénomènes (1).

Un autre symptôme sur lequel Ollivier a principalement insisté consiste dans des convulsions plus ou moins violentes, une rigidité tétanique (Rochoux), qui précèdent la résolution générale par laquelle se termine le plus souvent l'apoplexie de la protubérance. Dans quelques uns des cas rapportés, on peut expliquer ces convulsions par la rupture des parois du foyer sanguin et l'irruption du sang dans une des cavités tapissées par l'arachnoïde ; mais dans plusieurs des observations rassemblées par Ollivier, il a été bien constaté que l'hémorrhagie était parfaitement circonscrite dans l'intérieur de la protubérance, et que toutes les autres parties de l'encéphale étaient saines, de telle sorte qu'on ne peut s'empêcher de reconnaître l'existence de ce symptôme dans l'hémorrhagie simple du mésocéphale, quoiqu'il soit difficile de l'expliquer.

Enfin on a prétendu que, dans l'hémorrhagie de la protubérance cérébrale, la paralysie affectait plus particulièrement les membres supérieurs ; mais les faits que je viens de signaler, et dans lesquels la paralysie occupait tous les membres à la fois, prouvent que cette assertion est erronée.

Comme on le voit, l'hémorrhagie de la protubérance a besoin d'être encore étudiée avec grand soin, et, dans l'état actuel de la science, on ne peut pas tracer de ses symptômes une description très précise.

Hémorrhagie capillaire (apoplexie capillaire des auteurs). Nous verrons plus tard, en parlant des lésions anatomiques, qu'il existe une forme d'hémorrhagie cérébrale dans laquelle le sang n'est pas ramassé en foyer, mais bien disséminé, sous forme de pointillé plus ou moins fin : lésion à laquelle on a donné le nom d'*apoplexie capillaire*. Cette forme de l'hémorrhagie cérébrale (car il est aujourd'hui démontré qu'une véritable hémorrhagie peut affecter une forme semblable) donne-t-elle lieu à des symptômes particuliers? Si l'on consulte sur ce point les intéressantes recherches de MM. Bravais (2), Cruveilhier (3), Dance (4), Diday (5), Durand-Fardel (6), etc., on voit que les divers cas présentent d'assez grandes différences.

Dans ceux qu'ont cités MM. Diday et Durand-Fardel, les symptômes ont été les mêmes que ceux de l'hémorrhagie cérébrale ordinaire ; seulement, ainsi que le fait remarquer le premier de ces deux auteurs, les phénomènes sont plus fugitifs et peuvent souvent échapper à l'observation. Dans les cas cités par Dance, au contraire, les symptômes ont été tellement obscurs et si différents de ceux de l'hémorrhagie cérébrale ordinaire, que la maladie a été méconnue pendant la vie.

(1) On consultera avec fruit, sur ce point, les recherches de M. Longet sur le système nerveux.
(2) *Mém. sur l'hémorrhagie de la couch. cort. du cerv.* (*Rev. méd.*, mars 1827).
(3) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. APOPLEXIE.
(4) *Obs. sur une forme partic. d'apop.* (*Arch. gén. de méd.*, mars 1832).
(5) *Mém. sur l'apop. capillaire* (*Gaz. méd.*, avril 1837).
(6) *Rech. anat. path. sur l'infiltr. sanguine*. Thèse. Paris, 1840.

Ce qui fait que les symptômes sont obscurs dans beaucoup de cas, c'est : 1° que l'apoplexie capillaire se fait fréquemment chez des sujets déjà affectés d'une autre maladie, et 2° que souvent une inflammation du tissu cérébral vient promptement mêler ses symptômes à ceux de l'hémorrhagie, et les masquer. Dans les cas observés par Dance, on n'a observé d'abord qu'une prostration croissante avec un état fébrile sans caractère particulier ; puis est survenue une paralysie générale qu'on a pu attribuer à toute autre lésion qu'à une apoplexie capillaire.

§ VI. — Lésions anatomiques.

C'est à l'aide d'une étude approfondie des lésions anatomiques qu'on est parvenu à connaître avec une assez grande exactitude les différents points de l'histoire de l'hémorrhagie cérébrale, et qu'on a fait justice d'une foule de théories hypothétiques qui avaient cours dans la science. C'est aux recherches de Wepfer (1), de Valsalva, de Morgagni, qu'on doit les premières notions exactes et étendues sur ces lésions, qui ont été ensuite étudiées avec une nouvelle ardeur dans les trente dernières années. Rien ne me serait plus facile que de donner sur ce sujet un très grand nombre de détails ; mais je dois me borner à signaler les points les plus importants, comme je l'ai fait pour les autres maladies.

Ce qui caractérise essentiellement l'hémorrhagie cérébrale est l'accumulation d'une plus ou moins grande quantité de sang liquide ou en caillots dans une excavation formée aux dépens de la substance du cerveau, du cervelet ou de la protubérance annulaire. Quelquefois néanmoins il n'y a pas de véritable excavation, et il existe alors une apoplexie capillaire, ou infiltration sanguine, sur laquelle je reviendrai plus loin.

Foyer hémorrhagique. Chez les sujets qui succombent à une hémorrhagie récente, on trouve dans diverses parties de l'encéphale qui seront indiquées plus loin, une cavité généralement arrondie, mais de forme irrégulière et remplie de sang. Ce sang est ordinairement pris en caillots mous, quelquefois il est en partie caillé et en partie liquide. Le nombre et le volume des caillots est très variable ; ils sont noirs, ainsi que le sang liquide dans lequel ils baignent.

Lorsqu'il s'est écoulé un certain temps depuis l'attaque d'apoplexie jusqu'à la mort, le sang contenu dans le foyer est pris en un caillot plus dense, mou, fortement coloré, et au lieu d'être plongé dans un liquide sanguin offrant tous ses caractères normaux, il est entouré d'une sérosité rougeâtre plus ou moins foncée.

Il arrive quelquefois qu'une hémorrhagie nouvelle s'est effectuée dans le foyer sanguin primitif ; alors on trouve d'anciens caillots décolorés au milieu d'un épanchement de sang en caillots noirâtres ou d'un liquide de la même couleur. Il en est à peu près de même lorsque l'hémorrhagie a continué à se faire lentement, car les premiers caillots ont eu le temps de prendre de la consistance et de se décolorer avant que les derniers se soient formés.

A une époque plus avancée, la consistance du sang a beaucoup augmenté, sa couleur est rouge pâle, jaunâtre, jaune d'ocre ; plus tard encore il ne se présente plus que sous forme de quelques caillots fibrineux et finit par être complétement résorbé. Nous verrons plus loin, en parlant de la cicatrisation des foyers hémorrhagiques, ce qui reste après sa résorption.

(1) *Observ. medicinæ pract.*, 1727 : *Apoplexia.*

La quantité du sang contenu dans les foyers récents est des plus variables. Suivant Rochoux, elle varie ordinairement de 4 à 8 grammes jusqu'à 120 et 160; mais cet auteur signale des cas dans lesquels cette quantité a été beaucoup plus ou beaucoup moins considérable. On voit, en effet, dans quelques cas, une très grande partie d'un hémisphère occupée par un foyer sanguin, de telle sorte que le volume de ce côté du cerveau a notablement augmenté, et qu'il peut en résulter une compression de l'autre hémisphère, tandis que dans d'autres cas on ne trouve qu'un petit foyer capable de loger un haricot ou une fève.

Les *parois* des foyers apoplectiques sont inégales et présentent des saillies et des enfoncements très variables. Elles sont molles dans la très grande majorité des cas, lorsque l'épanchement est récent; si l'on remplit d'eau la cavité qu'elles forment, on voit flotter des lambeaux adhérents à ces parois, et qui résultent de la déchirure de la pulpe cérébrale. Leur couche la plus interne, dans l'épaisseur de quatre à cinq millimètres, est rouge foncé et manifestement imbibée de sang; ensuite on trouve une nouvelle couche d'abord rougeâtre, puis d'un jaune serin pâle, qui a de quatre à huit ou neuf millimètres d'épaisseur, qui est ramollie et souvent à un très haut degré, qui se divise en filaments flottants comme des houppes quand on y verse un filet d'eau, et dont une partie finit par être entraînée si l'on continue l'irrigation.

C'est cette couche ramollie qui, aux yeux de Rochoux, est un vestige de ce ramollissement jaune particulier auquel il a donné le nom de *ramollissement hémorrhagipare*. L'existence préalable de ce ramollissement expliquerait, en effet, très bien la formation de l'hémorrhagie; mais on a objecté que, dans quelques cas d'apoplexie foudroyante, ce ramollissement n'avait pas été signalé, et l'on a attribué cet état de la substance cérébrale qui environne le foyer à une imbibition sanguine qui pénètre à une plus ou moins grande profondeur. Nous avons vu qu'un des principaux arguments en faveur de cette dernière opinion est l'absence de symptômes précurseurs. De son côté, Rochoux objecte que cette imbibition peut bien exister dans les cas où l'hémorrhagie date de trois ou quatre jours, mais non dans ceux où les malades ont été emportés en trois ou quatre heures. J'avoue que je ne comprends pas la force de cette objection. Qui nous dit, en effet, qu'un tissu déchiré ne peut pas s'imbiber en trois ou quatre heures? La charpente du cerveau est cellulaire comme celle des autres organes, et l'on sait avec quelle facilité l'imbibition se fait dans ce tissu. En dernière analyse, l'opinion de Rochoux sur l'existence préalable du ramollissement inflammatoire n'est pas aussi solidement établie que cet auteur paraît le croire.

Il est ordinaire de ne trouver qu'un seul foyer récent, mais il n'est pas très rare d'en trouver un certain nombre offrant des degrés variables d'ancienneté. C'est ainsi qu'on voit quelquefois chez un même sujet : ici une cavité apoplectique contenant un caillot consistant, décoloré, jaunâtre; là un foyer renfermant un caillot noirâtre, et dans un autre point une troisième caverne pleine de caillots mous et de sang liquide. Ces divers degrés peuvent être plus multipliés encore, et si l'on y joint les traces de cicatrices plus ou moins avancées dont il sera question plus loin, on peut avoir de très nombreux foyers, puisqu'on en a rencontré jusqu'à quinze ou seize. Quelquefois on trouve plusieurs foyers qui se sont produits en même temps ou à des intervalles très peu éloignés, ce que l'on reconnaît à leur aspect récent.

Apoplexie capillaire. Dans les cas d'apoplexie capillaire, il n'y a pas, à propre-

ment parler, de cavité, et cependant ce n'est pas une simple injection ; seulement le sang s'est épanché par très petites parties disséminées dans l'intervalle des fibres, ce qui donne parfois au tissu cérébral l'aspect d'une fraise. D'autres fois on trouve des cubes de substance cérébrale d'un rouge uniforme, comme si du sang solidifié s'était substitué à la pulpe cérébrale. Cependant l'examen le plus attentif ne peut faire découvrir la moindre solution de continuité dans cette pulpe, qui, lorsqu'on en examine une tranche, présente des taches rouges irrégulières, et qu'on dirait appliquées avec un pinceau. Mais elles ne sont pas superficielles, car, en continuant à couper le cerveau en tranches minces, on voit qu'elles pénètrent à une profondeur ordinairement égale au diamètre de leur largeur.

Il n'est pas rare de voir le tissu cérébral ramolli autour de ces points d'apoplexie capillaire. Faut-il, en pareil cas, regarder l'infiltration sanguine comme toujours primitive? Je ne le pense pas, quoique, d'après les recherches de MM. Durand-Fardel et Diday, il en soit ordinairement ainsi. J'ai rapporté un cas d'apoplexie capillaire avec ramollissement et méningite tuberculeuse (1), dans lequel la succession des symptômes a prouvé que l'hémorrhagie capillaire était consécutive au ramollissement.

Quelquefois on trouve l'apoplexie capillaire dans un point très circonscrit. Chez une vieille femme, qui néanmoins présentait les symptômes les plus intenses, je ne trouvai à l'autopsie qu'un centimètre cube environ d'apoplexie capillaire à la partie externe et un peu au delà du corps strié. D'autres fois, les petits points sanguins couvrent une étendue assez considérable, surtout à la surface du cerveau.

Cicatrisation des foyers sanguins. Lorsqu'un malade succombe très longtemps après une attaque d'apoplexie sanguine, soit qu'il ait parfaitement guéri, soit qu'il ait conservé une paralysie plus ou moins complète, il se fait dans le cerveau un travail de cicatrisation particulier, sur lequel Prost et Marandel attirèrent l'attention des médecins, que Rochoux étudia ensuite, et dont M. Riobé réussit enfin à faire comprendre l'intérêt.

A une époque qu'on ne peut parfaitement préciser, mais qu'on fixe ordinairement aux environs du vingtième jour après l'attaque, on trouve sur les parois du foyer une membrane molle se déchirant à la moindre traction, et rouge comme si elle était formée d'une portion du sang épanché solidifié. Quelques jours plus tard, cette membrane a pris un peu de consistance ; elle est jaunâtre et parsemée d'une multitude de très petits vaisseaux sanguins. La membrane a encore peu de fermeté, mais on peut la détacher sans la rompre. Peu à peu son organisation fait des progrès, puis elle se condense, devient très fine, prend une apparence séreuse, et adhère à la pulpe cérébrale par un tissu cellulaire serré, de telle sorte qu'on dirait un petit ventricule anormal creusé dans la pulpe cérébrale. C'est alors que le caillot sanguin s'est décoloré, a pris de la consistance, et a diminué de volume ; aussi la membrane de nouvelle formation sécrète-t-elle une sérosité tantôt incolore, tantôt jaunâtre, qui entoure le caillot condensé.

A une époque plus avancée encore, le caillot a fini par disparaître, et alors les choses se passent de plusieurs manières différentes dans les divers cas. On trouve quelquefois une cicatrice linéaire : c'est que les parois du kyste ont fini par se rap-

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1846.

procher et par adhérer entièrement. Ce cas n'est pas, à beaucoup près, le plus commun. D'autres fois l'adhésion se fait par des fausses membranes celluleuses plus ou moins lâches, qui établissent entre les parois un réseau à mailles de grandeur variable, et dans lesquelles on voit de la sérosité semblable à celle qui existait dans la grande cavité. Parfois enfin on trouve un véritable kyste uniloculaire, tapissé par une membrane fine qui laisse apercevoir la couleur du tissu sous-jacent, et dans l'intérieur de laquelle il existe de la sérosité.

D'après les recherches de M. Diday, l'apoplexie capillaire elle-même peut laisser après elle de petites poches semblables, sauf le volume, aux kystes que je viens de décrire. Il faut admettre que, dans ce cas, la pulpe cérébrale a été résorbée en même temps que le sang qui s'était infiltré.

Enfin une dernière forme de cicatrice signalée par M. Andral est celle dans laquelle le caillot, se condensant, finit par faire corps avec la substance cérébrale, de telle sorte qu'un examen peu attentif pourrait faire croire à l'existence d'une tumeur cancéreuse ou tuberculeuse.

Lorsque l'épanchement sanguin s'est produit dans un point voisin des ventricules ou de la grande cavité de l'arachnoïde, il peut rompre la paroi mince qui le sépare de ces cavités où le sang fait irruption par une ouverture de grandeur variable. Le sang épanché dans ces cavités naturelles y subit les mêmes transformations que dans la cavité accidentelle, et cette indication doit suffire. Mais ce qu'il importe de rappeler, c'est que si, chose fort rare, le malade ne succombe pas aux premiers progrès de la maladie, il se forme autour du sang épanché dans la cavité de l'arachnoïde une fausse membrane (1), ce qui prouve bien qu'il n'est pas besoin pour cela d'une sécrétion opérée par les parois du foyer sanguin dans l'hémorrhagie de la pulpe du cerveau.

Telles sont les lésions qui caractérisent anatomiquement l'hémorrhagie cérébrale. Il en est d'autres qui en sont la conséquence, et qu'il suffit d'énumérer. Telles sont celles qui résultent de l'inflammation des parois du foyer, et qui sont constituées par un ramollissement blanc ou jaune, envahissant une plus ou moins grande étendue de la pulpe, et présentant le plus souvent des traces de suppuration qui ne laissent aucun doute sur sa nature inflammatoire. Telles sont aussi les adhérences des membranes au niveau des foyers sanguins, lorsque ceux-ci sont voisins de la superficie, tandis que ces membranes ne présentent aucune altération dans les cas où le foyer est profond.

Enfin on a trouvé chez les apoplectiques une plus ou moins grande quantité de sérosité dans les cavités de l'arachnoïde, ce qui peut bien tenir à la lenteur de l'agonie. On a noté la lividité de la face, du cuir chevelu, du cou, ce qui annonce une grande violence du *molimen hemorrhagicum;* on a vu même dans ces parties des ecchymoses qui ne pouvaient être attribuées qu'à la même cause. On a noté aussi la congestion des autres organes, et l'on a remarqué que la chaleur se conservait longtemps dans les cadavres des sujets qui ont succombé à cette affection.

§ VII. — Siége des lésions qui caractérisent l'hémorrhagie cérébrale.

Tous les auteurs ont compris l'importance qu'offre l'étude du siége des lésions,

(1) Voy. *Hémorrhagie des méninges.*



parce qu'en en rapprochant les symptômes, on parvient à diagnostiquer non seulement l'affection, mais encore le point de l'encéphale dans lequel elle a son siége. Rochoux, et surtout M. Andral, nous ont donné sur ce point des renseignements numériques du plus grand intérêt. Il résulte des recherches de ce dernier auteur, que l'hémorrhagie se montre le plus fréquemment, et dans une proportion très grande, au niveau des corps striés et de la couche optique et dans ces deux points à la fois (202 fois sur 386 cas), et que les autres organes viennent ainsi qu'il suit dans l'ordre de fréquence : corps striés, couches optiques, portion des hémisphères située au-dessus du centre ovale de Vieussens, lobes latéraux du cervelet, portion du cerveau située au-devant des corps striés, mésocéphale, etc. Le lecteur qui voudra avoir à ce sujet des renseignements plus précis devra recourir à la *Clinique médicale* de M. Andral.

Dans les observations recueillies jusqu'à ce jour, l'apoplexie sanguine s'est montrée, à très peu près, aussi fréquente à droite qu'à gauche, et il est assez commun de la voir exister dans les deux côtés à la fois ; mais souvent alors les lésions n'ont pas la même ancienneté ; il y a eu deux attaques ou un plus grand nombre qui ont laissé successivement des traces dans les deux hémisphères. Ces résultats sont-ils définitifs ? Rochoux ne le pense pas, et il lui paraît probable que l'observation ultérieure fera pencher la balance du côté de l'hémisphère droit ; mais il ne s'appuie pour cela que sur des considérations qui pourraient bien être peu fondées.

Suivant M. Diday, l'*apoplexie capillaire* ne se montre que dans la substance grise, soit qu'elle affecte la partie superficielle du cerveau, soit qu'elle occupe les parties profondes. Cette observation est juste dans la très grande majorité des cas ; mais il est quelques faits, et tel est celui que j'ai cité plus haut, dans lesquels la substance blanche est manifestement le siége de cette espèce d'hémorrhagie. Il est vrai que chez ce sujet il y avait un ramollissement inflammatoire préalable. Faut-il qu'il en soit ainsi pour que l'hémorrhagie capillaire ait lieu dans la substance blanche, tandis qu'elle peut, comme nous l'avons vu, se produire d'emblée dans la substance grise ? C'est ce que je ne saurais décider.

Enfin nous avons vu plus haut que l'épanchement de sang peut rompre ses parois et envahir les ventricules, la grande cavité de l'arachnoïde, et même passer dans la cavité rachidienne. Voyons maintenant quelle est la liaison de ces lésions avec les symptômes précédemment décrits.

§ VIII. — Rapport des lésions, suivant leur siége, avec les principaux symptômes.

Un fait général, parfaitement établi depuis qu'on se livre à l'anatomie pathologique, c'est que la paralysie du mouvement et de la sensibilité existe dans le côté du corps opposé au foyer hémorrhagique. On a, il est vrai, cité quelques cas où les choses se seraient passées autrement ; mais ces cas sont si rares, que, sans même faire remarquer que quelques uns ont été observés très superficiellement, on peut regarder cette loi comme une des plus générales en pathologie. Il est même permis de supposer que, dans quelques uns des cas cités, il y a eu quelque circonstance inaperçue qui aurait expliqué l'anomalie apparente, si elle avait été connue. Il n'en est pas moins certain que quelquefois cette anomalie existe bien réellement,

et j'ai eu l'occasion d'en voir un cas dont j'ai rapporté l'observation (1) ; on peut l'expliquer par l'existence d'une autre anomalie qu'on observe quelquefois dans la disposition des fibres cérébrales, qui ne s'entrecroisent pas au niveau du bulbe rachidien, comme l'a constaté M. Longet.

Nous avons vu plus haut que, d'après les cas simples, on observe le même croisement des lésions et des symptômes dans l'*hémorrhagie du cervelet et de la protubérance*. Cependant les cas sont un peu plus nombreux où les hémorrhagies de ce genre ont donné lieu à des symptômes dont le siége a paru anormal ; mais j'ai dit que ces affections ont besoin d'être étudiées de nouveau.

Lorsque la paralysie existe des deux côtés, on peut dire presque toujours qu'il y a un foyer apoplectique dans chacun des hémisphères cérébraux ; cependant il y a des exceptions à cette règle : 1° on a vu des cas où un seul foyer apoplectique, dans un hémisphère, a produit la paralysie des deux côtés du corps ; le foyer avait alors des dimensions énormes, et l'on a expliqué la paralysie générale par la compression que devait éprouver l'hémisphère sain ; 2° un foyer sanguin un peu volumineux dans le lobe médian du cervelet peut produire la paralysie générale, et il en est de même lorsque l'épanchement de sang a lieu dans le centre du mésocéphale.

Lorsque l'apoplexie capillaire produit la paralysie, celle-ci se montre du côté opposé à la lésion, comme dans les cas d'épanchement en foyer.

Connaissant le côté lésé, peut-on, d'après les symptômes, dire quelle est la portion de l'hémisphère où se trouve l'épanchement? Il résulte de l'analyse des faits à laquelle s'est livré Rochoux, et des observations de M. Andral, que la chose est impossible. On a dit que la paralysie des membres inférieurs est due à la lésion des corps striés, et celle des membres supérieurs à la lésion des couches optiques ; mais quand on a voulu vérifier le fait, on a bientôt reconnu qu'il n'y a rien de fixe à cet égard.

M. Bouillaud a prétendu que l'apoplexie du lobe antérieur du cerveau donne particulièrement lieu à la perte de la parole (2). On a répondu à cette assertion par des faits qui ne permettent plus de la soutenir. Pour ma part, j'ai observé à la Salpêtrière une vieille femme qui, après une attaque d'apoplexie, était restée plusieurs années paralysée, et n'avait pas pu prononcer un seul mot, bien que son intelligence fût revenue et que sa langue ne fût pas paralysée ; or nous ne trouvâmes, pour expliquer ces symptômes, qu'un ancien kyste apoplectique un peu en arrière de l'extrémité postérieure de la corne d'Ammon. La malade avait succombé à un ramollissement cérébral dont le début ne remontait qu'à très peu de temps avant la mort.

Il serait inutile de pousser plus loin ces considérations, quelque intérêt qu'elles présentent, et c'est pourquoi je me borne à rappeler que les convulsions, la roideur tétanique, la contracture, appartiennent presque exclusivement à l'irruption du sang dans les cavités arachnoïdiennes. Nous avons vu, en parlant des symptômes de l'apoplexie de la protubérance, que cette règle n'est néanmoins pas sans exception.

(1) *Séances de la Soc. méd. des hôpitaux*, 14 mai 1851, et *Union médicale*, 10 juin 1851.
(2) *Archives de médecine*, 1825, t. VIII, p. 25. — *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1839 et 1848, t. IV, p. 328 ; t. XIII, p. 699, 778.

§ IX. — Diagnostic, pronostic.

Avant la publication des recherches de M. Durand-Fardel, on considérait le diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale comme bien plus facile qu'il ne l'est réellement. On avait trouvé, il est vrai, un certain nombre de cas de *ramollissement cérébral* (affection dont le diagnostic différentiel avec l'affection qui nous occupe est sans contredit le plus important) qui avaient simulé l'apoplexie sanguine au point qu'on devait presque nécessairement s'y méprendre ; mais on n'avait pas reconnu formellement, comme l'a fait cet auteur, l'existence d'un nombre considérable de cas dans lesquels il est impossible de ne pas commettre cette erreur. Tous les jours néanmoins on a l'occasion de reconnaître l'exactitude de la manière de voir de M. Durand-Fardel, bien qu'il y ait quelques circonstances qui peuvent servir au diagnostic, et sur lesquelles cet auteur ne me paraît pas avoir suffisamment insisté ; aussi ne trouvera-t-on pas étonnant qu'une bonne partie de ce paragraphe soit consacrée au diagnostic du ramollissement et de l'hémorrhagie cérébrale. Mais auparavant je dois dire un mot de la *congestion*.

Nous avons vu plus haut que la *congestion cérébrale* se présente sous deux formes différentes : celle qui se produit lentement et celle qui se manifeste brusquement. Cette dernière seule peut être confondue avec l'apoplexie sanguine. Si une perte subite de connaissance est, peu de moments après, suivie du retour complet de l'intelligence, et s'il n'y a du côté des membres qu'un peu de faiblesse ou de brisement, sans paralysie, le diagnostic n'est pas difficile, ou du moins l'erreur ne dure-t-elle qu'un moment. Fût-on auprès du malade pendant la perte de connaissance, ce qui est bien rare, l'incertitude ne pourrait pas se prolonger, parce que, dans cette congestion générale du cerveau, les symptômes sont beaucoup moins graves que dans la seule apoplexie sanguine qui pourrait la simuler, c'est-à-dire, l'apoplexie avec résolution générale des membres, qui est toujours une apoplexie foudroyante. Dans ce dernier cas, la sterteur, les déjections involontaires, la paralysie générale et persistante viennent éclairer le médecin, et dans tous les cas, je le répète, la persistance de ces symptômes, malgré l'emploi des principaux moyens de traitement, vient bientôt fixer le diagnostic.

Mais il n'en est pas de même de la *congestion cérébrale brusque* avec *hémiplégie* durant un certain temps. En pareil cas, il faut en convenir, tout diagnostic différentiel est impossible dans les premières heures qui suivent l'accident, et la rapidité avec laquelle ceux-ci se dissipent dans la congestion est le seul signe qui puisse la faire distinguer.

Avant d'aborder le diagnostic différentiel du *ramollissement* et de l'hémorrhagie cérébrale, il faut également distinguer les diverses formes de la première de ces deux affections. M. Durand-Fardel a fait très bien voir, en effet, que les choses sont toutes différentes lorsqu'il s'agit d'un ramollissement aigu ou lorsqu'on a affaire à un ramollissement à marche chronique. Ce dernier ne saurait être confondu avec l'hémorrhagie, tandis que nous allons voir combien il est difficile d'éviter cette confusion lorsqu'il s'agit du second. Et c'est précisément pour n'avoir pas établi cette distinction que les auteurs ont généralement donné, comme des signes différentiels très exacts, des phénomènes qui sont presque aussi fréquents dans une de ces deux affections que dans l'autre. Ce n'est pas toutefois que la marche aiguë

du ramollissement, dans plusieurs cas, eût passé inaperçue; mais, quand on arrivait au diagnostic, on faisait abstraction de ces cas, ou l'on ne leur empruntait que quelques signes particuliers, et l'on ne tenait véritablement compte que du ramollissement survenu lentement ou ayant pris une acuïté plus ou moins grande après des symptômes variables. Pour nous, nous devons imiter M. Durand-Fardel, et n'avoir égard ici qu'au ramollissement aigu, ou plutôt au ramollissement dans lequel il y a une *attaque d'apoplexie*, et l'on sait que nous désignons sous ce nom générique toutes les affections cérébrales dans lesquelles il y a perte subite de connaissance avec paralysie ou contracture : bien entendu que nous laissons de côté les simples névroses, dont le siége n'est pas suffisamment connu. Par cette considération, nous faisons déjà abstraction d'une forme de ramollissement aigu à laquelle M. Durand-Fardel donne le nom d'*ataxique*, et qui est caractérisée par le délire avec ou sans contracture, paralysie, convulsions. Quelque rapidement que marche le ramollissement en pareil cas, il se distingue de l'hémorrhagie cérébrale par cette circonstance capitale, qu'il n'y a pas perte subite de connaissance, et que la paralysie manque, ou du moins n'est pas survenue brusquement.

Restent donc les cas où un sujet est frappé tout à coup de paralysie avec ou sans perte de connaissance. Est-il possible de reconnaître positivement, à certains signes, si cette *apoplexie* est due à un ramollissement du cerveau ou à une hémorrhagie ? Tel est le problème à résoudre.

On a d'abord dit que, dans le ramollissement, on observe des prodromes (céphalalgie, étourdissements, fourmillement des membres, etc.,) qu'on ne remarque pas dans l'hémorrhagie ; mais nous avons vu plus haut que ces phénomènes se montrent quelquefois dans l'apoplexie sanguine ; et non seulement M. Durand-Fardel, mais encore les autres auteurs, ont cité plusieurs cas dans lesquels le ramollissement s'est produit sans symptômes précurseurs. Ce n'est donc pas là un moyen de diagnostic certain. Cependant il reste à faire un travail qu'on n'a pas fait d'une manière satisfaisante : c'est de rechercher, sur une masse considérable de faits, quelle est la proportion des cas dans lesquels se montrent ces prodromes dans l'une et l'autre de ces deux affections. Par ce moyen, on obtiendra, si la différence est très considérable, une probabilité assez grande en faveur de l'existence d'une des deux maladies, ce qui n'est pas à dédaigner. Quant à moi, d'après les faits que j'ai pu consulter, je pense que les prodromes sont plus fréquents dans le ramollissement, et que, par conséquent, lorsqu'ils existent, on doit d'abord penser à l'existence de cette affection, puis chercher la confirmation du diagnostic dans les autres signes.

Une autre circonstance sur laquelle M. Durand-Fardel, pas plus que les autres auteurs, n'a pas suffisamment fixé son attention, c'est l'état de santé antérieur du malade, eu égard aux autres organes et aux autres fonctions. M. Louis a remarqué, et, depuis que mon attention a été fixée sur ce fait, j'ai pu vérifier maintes fois l'exactitude de cette remarque, que presque tous les cas où il survient un ramollissement avec symptômes subits s'observent chez des sujets atteints d'une affection d'un autre organe, et souvent d'affections chroniques. C'est ce que l'on observe aussi chez les femmes en couches un temps plus ou moins long après l'accouchement, comme j'ai eu occasion d'en observer récemment un exemple remarquable. Je sais néanmoins que M. Durand-Fardel a cité plusieurs cas dans lesquels

il dit positivement que les sujets ont été frappés d'apoplexie sans avoir présenté aucun symptôme antérieur ; aussi n'ai-je pas voulu présenter cette circonstance comme pouvant servir de base à un diagnostic absolu ; je la signale seulement comme servant à restreindre le nombre des cas dans lesquels le diagnostic devient impossible, ce qui a bien son importance. Je dois dire aussi qu'il ne me paraît pas complétement démontré que, dans plusieurs de ces cas rapportés par les auteurs comme ramollissement subit, les renseignements aient été donnés avec assez de précision pour qu'on ait pu en conclure rigoureusement que la santé était parfaite au moment de l'attaque.

Si maintenant nous examinons comparativement les symptômes des deux maladies, nous y trouvons quelques autres particularités qui méritent d'être examinées. Il ne serait pas complétement exact de dire, avec M. Rostan (1), que le ramollissement se distingue de l'hémorrhagie cérébrale en ce que, dans le premier, les symptômes vont toujours croissant, tandis que, dans la seconde, ils sont à leur plus haut degré d'intensité au début, et vont ensuite en diminuant. Cela n'est vrai que pour le diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale et du ramollissement à marche progressive, et ne concerne nullement les cas dont nous nous occupons ici, et dans lesquels il y a, comme je l'ai dit plus haut, une véritable attaque d'apoplexie ; mais y a-t-il, dans l'existence de quelques uns de ces symptômes ou dans la manière dont ils sont groupés, quelques signes auxquels on puisse reconnaître positivement la lésion qui les produit ? Telle est la question à résoudre.

On a remarqué que, dans l'*attaque de ramollissement* (c'est une expression qui me paraît très convenable pour exprimer l'invasion subite que j'ai maintes fois signalée), il y a assez souvent conservation de l'intelligence, bien que l'hémiplégie soit complète, et l'on a voulu en faire un signe distinctif, prétendant que, dans l'hémorrhagie cérébrale, la perte de connaissance est un symptôme essentiel, ou, en d'autres termes, et pour nous servir de l'expression de M. Trousseau (2), citée par M. Durand-Fardel, que « la conservation de l'intelligence au moment de l'attaque exclut toute idée de congestion ou d'hémorrhagie ; » mais ce dernier fait n'est pas exact. J'ai mentionné, dans le courant de cet article, des cas dans lesquels l'autopsie n'a pas laissé de doute sur l'existence d'une hémorrhagie cérébrale, bien que l'attaque ait eu lieu sans perte de l'intelligence. Toutefois, il faut dire que cette conservation de l'intelligence est bien plus rare dans l'apoplexie sanguine que dans l'attaque de ramollissement, et c'est un fait que nous ne devons pas négliger, car il ajoute aux présomptions que l'on peut avoir sur l'existence de l'une ou de l'autre des deux maladies, et restreint d'autant le nombre des cas où le diagnostic devient impossible.

Dans quelques cas de ramollissement, la paralysie n'est pas continue, c'est-à-dire qu'à certains moments le malade peut exécuter des mouvements qu'il n'exécutait pas auparavant, et qu'il retombe ensuite dans sa paralysie. Or c'est ce qui n'arrive pas dans l'hémorrhagie cérébrale. Ce sont donc encore là des cas diagnosticables.

Il faut encore tenir compte de l'état de la sensibilité. Suivant Récamier, la con-

(1) *Rech. sur le ramoll. du cerveau*. Paris, 1823.
(2) *Gazette des hôpitaux*, février 1841.

servation de la sensibilité avec perte du mouvement appartient plutôt au ramollissement qu'à l'hémorrhagie ; mais M. Durand-Fardel, examinant sous ce point de vue les observations, a trouvé d'abord que la conservation de la sensibilité ne se montre que dans la minorité des cas de ramollissement, et ensuite que, dans l'hémorrhagie cérébrale, cette conservation de la sensibilité est au moins aussi fréquente. Il est à désirer que ces recherches soient faites sur une grande échelle ; car le nombre de faits que M. Durand-Fardel a pu examiner n'est pas très considérable. En attendant, on ne peut, dans l'état actuel de la science, tirer aucune lumière de la conservation de la sensibilité pour le diagnostic différentiel de ces deux affections. Il n'en est pas de même de l'exaltation de la sensibilité ; elle appartient exclusivement au ramollissement, comme le reconnaissent tous les auteurs. C'est donc un signe important qu'il ne faut pas négliger.

On ne saurait davantage juger de la nature de la lésion d'après l'existence ou la non-existence de la contracture, puisque, ainsi que nous l'avons vu plus haut, ce symptôme n'est pas très rare dans l'hémorrhagie cérébrale, et se montre dès que le sang fait irruption dans une cavité tapissée par l'arachnoïde. Cependant on peut encore, en procédant indirectement, tirer parti de ce phénomène. Pour que la contracture existe dans l'hémorrhagie cérébrale, il faut de grands désordres ; donc avec ce symptôme il doit en exister d'autres extrêmement intenses qui, ainsi que le fait très bien remarquer M. Durand-Fardel, feront reconnaître une hémorrhagie plutôt qu'un ramollissement. Cet auteur a, en effet, remarqué que les ramollissements très considérables produisent la résolution des membres, et non la contracture.

On le voit donc, en procédant comme nous venons de le faire, nous sommes parvenu à réduire à un petit nombre les cas dans lesquels le diagnostic est impossible. Mais ces faits n'en existent pas moins, et c'est ce que ne doit pas ignorer le médecin ; car le pronostic du ramollissement étant en général plus grave que celui de l'apoplexie sanguine, il devra toujours faire ses réserves, dans la prévision d'une erreur de diagnostic que personne ne peut éviter. Espérons toutefois que l'observation attentive restreindra encore davantage ces cas impossibles à distinguer.

Les autres diagnostics différentiels offrent en général moins de difficultés; et comme ils seront presque tous étudiés avec soin dans le cours de ce chapitre et à propos des autres affections cérébrales, je me contenterai de les indiquer rapidement ici.

Nous avons vu combien l'*hydrocéphale aiguë* proprement dite, et sans tuberculisation des méninges, est une maladie rare ; de plus, on n'a vraiment à craindre une erreur de diagnostic que dans les cas où il existe des accidents très promptement funestes, auxquels on a donné le nom d'*apoplexie séreuse*, ce qui rend les cas difficiles bien plus rares encore. La question n'a pas été suffisamment étudiée sous ce point de vue. Tout ce qu'il est permis de dire d'après les faits connus, c'est que si l'on n'avait égard qu'aux symptômes, on serait dans un grand embarras. Il faut principalement avoir égard à l'état de santé dans lequel se trouvait le malade. L'apoplexie séreuse ne se montre guère que chez des sujets affectés d'anasarque ou d'ascite ; cette circonstance servira seule à éclairer le diagnostic.

Quant aux cas dans lesquels la perte subite de connaissance et la paralysie se montrent sans laisser la moindre trace dans le cerveau, et dont je dirai un mot

plus loin sous le titre d'*apoplexie nerveuse*, il faut convenir que le diagnostic en est impossible.

On a établi un diagnostic différentiel entre l'hémorrhagie cérébrale et l'*inflammation des sinus*, et ce diagnostic est principalement fondé sur la marche croissante de la maladie et sur la douleur (céphalalgie) qui existe dans cette dernière affection. Je ne crois pas qu'il y ait là matière à erreur. J'en dirai autant de la *méningite*. Quant à la *rupture des sinus*, elle détermine une hémorrhagie méningée, et c'est entre cette hémorrhagie et l'hémorrhagie cérébrale que le diagnostic doit être porté.

On a encore porté un diagnostic entre l'hémorrhagie cérébrale et la *méningite*, les *affections chroniques de l'encéphale* (tubercules, cancer, acéphalocystes, etc.), l'*épilepsie*, l'*ivresse*, la *syncope*, l'*asphyxie*. Ces diagnostics différentiels, je crois devoir les passer sous silence, parce qu'il me paraît beaucoup plus nuisible qu'utile de prévoir ainsi des difficultés qui ne se présentent réellement pas, ou qui sont évitées très aisément. Le diagnostic des affections cérébrales est assez obscur, sans qu'on se préoccupe encore de distinctions aussi nombreuses et aussi peu importantes. Ce que le médecin doit surtout avoir présent à l'esprit, c'est que, lorsqu'on arrive auprès d'un malade qui a eu une attaque d'apoplexie, il faut d'abord rechercher s'il s'agit d'un ramollissement, d'une congestion, d'une hémorrhagie cérébrale ou d'une hémorrhagie méningée ; cette étude une fois faite, le reste n'offre plus de difficulté réelle. Je suis convaincu que le lecteur comprendra parfaitement le motif qui me fait agir ainsi, et même passer complétement sous silence quelques autres affections, comme la *catalepsie*, et la *rupture du cœur et des gros vaisseaux* qui détermine la mort subite.

Je ne crois pas non plus qu'il soit nécessaire de donner un tableau synoptique de ce diagnostic. On ne peut pas, en effet, établir une opposition suffisante entre les diverses affections. Dans tous les cas, ce qu'on doit faire, c'est de méditer les faits et de chercher à saisir les nuances, afin de rendre le plus faibles possible les causes d'erreurs que j'ai signalées.

Pronostic. Le pronostic, considéré d'une manière générale, est évidemment grave. Quelque légère que soit la maladie, elle laisse en effet des traces qui sont lentes à disparaître ; il n'est pas rare que l'intelligence en soit affectée pour toujours, et de plus, ainsi que nous l'avons vu plus haut, les récidives sont toujours à craindre.

Mais la gravité du pronostic est infiniment plus grande dans certains cas que dans d'autres, et voici les bases sur lesquelles il s'appuie généralement. L'apoplexie avec paralysie générale est on ne peut plus grave ; on a vu quelquefois, il est vrai, la paralysie se borner ensuite à un seul côté, et la maladie marcher comme une hémorrhagie cérébrale de moyenne intensité ; mais ce cas est rare ; presque toujours, en pareille circonstance, la mort arrive avant que le malade ait recouvré sa connaissance.

En général, plus la perte de connaissance dure longtemps, plus l'hémorrhagie cérébrale est grave, et les cas les plus légers sont ceux dans lesquels il n'y a pas eu perte de connaissance.

Les convulsions, la contracture, la roideur sont des symptômes d'un pronostic fâcheux ; lorsqu'ils existent, en effet, on peut admettre l'existence d'une rupture

de la substance cérébrale et du passage du sang dans une cavité de l'arachnoïde, si l'attaque d'apoplexie est assez récente, ou bien d'un ramollissement consécutif, si la maladie date d'un certain temps. Or on connaît toute la gravité de ces lésions.

La sterteur est regardée aussi comme un signe de mauvais augure. Est-ce parce qu'en pareil cas les muscles inspirateurs sont paralysés que ce symptôme est grave? C'est ce qu'il n'est pas possible de décider. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'il se manifeste dans les hémorrhagies cérébrales violentes.

On peut en dire autant de la difficulté de la déglutition et de la paralysie des sphincters. C'est dans les cas très graves que ces phénomènes se montrent ordinairement.

Lorsqu'après une amélioration passagère on voit survenir de la fièvre, de la céphalalgie, du délire, le coma, on doit porter un pronostic très fâcheux, car ces signes sont ceux du ramollissement consécutif qui emporte si souvent les malades.

Si des symptômes d'apoplexie d'abord légers vont continuellement en s'aggravant, sans amélioration marquée, on doit craindre la continuation de l'hémorrhagie, et par conséquent porter un pronostic très fâcheux, parce que la déchirure du cerveau va sans cesse en augmentant.

On trouve aussi dans l'état du pouls quelques signes pronostiques auxquels plusieurs auteurs ont attaché une assez grande importance. Si le pouls est fort, plein, résistant, on doit, suivant eux, redouter soit la continuation de l'hémorrhagie, soit une nouvelle irruption de sang dans le foyer, un temps plus ou moins long après la première; si au contraire le pouls est faible, petit, misérable, on doit craindre que le malade ne se relève pas, même momentanément, et que la mort ne survienne promptement. Cette dernière proposition est exacte, à quelque époque de son cours que l'on considère la maladie; quant à la première, bien qu'on ait cité des cas dans lesquels les choses se sont passées comme nous venons de le dire, il faut convenir que de nouvelles recherches sont nécessaires sur ce point.

§ X. — Traitement.

Les anciens ont proposé contre l'apoplexie beaucoup de traitements qu'on ne saurait accepter aujourd'hui, et dont Rochoux a fait une très bonne critique. Leur exemple a été suivi jusqu'à ce que des idées plus exactes sur la nature de la maladie soient venues démontrer que ces médications étaient fondées sur des croyances qui ne pouvaient pas être défendues, et souvent sur des hypothèses ridicules. Faire l'historique de ces aberrations de la théorie n'aurait aucune utilité. Disons seulement que par les excitants, les sternutatoires, les irritants de la bouche, on cherchait à ranimer les esprits animaux qu'on supposait frappés d'atonie; que par les sudorifiques on cherchait à débarrasser l'économie d'une matière morbifique supposée; que par les fondants, les désobstruants, on voulait enlever l'obstacle qui s'opposait au cours du fluide nerveux; que par les vomitifs on voulait évacuer la pituite, etc. Et je ne parle pas des remèdes empiriques, dans le mauvais sens du mot, ni des eaux antiapoplectiques, ni de plusieurs autres remèdes qui ne soutiennent pas le plus léger examen. Je crois donc ne devoir présenter du traitement de l'apoplexie que ce qui a été recommandé depuis que la maladie est suffisamment connue.

Pour exposer ce traitement dans un ordre méthodique, il faut le diviser en trai-

tement de l'attaque ; traitement des symptômes consécutifs ; traitement des résultats de l'attaque, et traitement prophylactique.

1° *Traitement de l'attaque.* Lorsqu'on est appelé auprès d'un sujet qui vient d'éprouver une attaque d'apoplexie sanguine, on doit d'une part mettre en œuvre des moyens dont l'énergie soit en rapport avec la violence des symptômes, et de l'autre soustraire le malade à des influences qui pourraient ajouter à la gravité de son état.

Émissions sanguines. Les émissions sanguines ont été employées dès la plus haute antiquité. Cœlius Aurelianus et Arétée les recommandent expressément. Aujourd'hui elles sont regardées comme le moyen par excellence ; et bien qu'aucun travail n'ait été fait sur leur influence, on ne saurait hésiter à les mettre en œuvre, tant l'accord est général sur ce point. C'est la *saignée générale* qui est principalement employée. Ce que l'on cherche surtout, c'est de produire promptement une déplétion sanguine, et pour cela on ouvre largement et à plusieurs reprises, en peu de temps, les veines du bras. Chez les sujets forts, la première saignée peut être de 500 grammes et quelquefois plus, et les suivantes sont proportionnées aux forces du malade. C'est au médecin à apprécier la quantité du sang qu'il doit tirer suivant la constitution et l'état antérieur de la santé.

Plusieurs auteurs, et en particulier M. Chauffard, conseillent de pratiquer de préférence la *saignée du pied*, afin d'opérer une dérivation. Les faits ne prouvent pas péremptoirement que cette méthode soit préférable à celle que nous venons d'indiquer ; et si à l'aide de la saignée du pied on ne parvenait pas à tirer une suffisante quantité de sang, il ne faudrait pas insister, et l'on devrait recourir à la saignée du bras : tel est l'avis général.

D'autres, au contraire (1), veulent qu'on tire du sang le plus près possible du mal, afin de dégorger immédiatement le cerveau, et pour cela ils proposent la *saignée de la jugulaire ;* mais rien ne prouve qu'ils réussissent mieux, et ce qu'il faut reconnaître, c'est que l'essentiel est de tirer une assez forte quantité de sang par quelque voie que ce soit. C'est pourquoi, dans quelques cas où les veines ne pouvaient pas donner suffisamment de sang, on a pratiqué la *saignée de l'artère radiale*, comme l'a fait le docteur Stedmann (2), chez un sujet dont la maladie s'est promptement terminée par la guérison. C'est aussi dans des cas semblables qu'on a recours à la *saignée de l'artère temporale.*

Charles Bell, dans un travail traduit par M. Saurel (3), se fondant sur des expériences hydrauliques que je ne peux pas rapporter ici, prétend que dans les cas où il existe une extravasation sanguine et où l'on craint que le caillot n'augmente, il faut ouvrir l'artère temporale, tandis qu'on doit pratiquer la phlébotomie s'il y a obstacle au cours du sang veineux. Une expérimentation clinique bien suivie pourrait seule nous faire connaître ce qu'il y a de vrai dans ces assertions.

Les mêmes considérations se présentent quand il s'agit de l'emploi des *sangsues* et des *ventouses scarifiées ;* mais, de plus, il faut rechercher si le sujet affecté avait un flux sanguin qui se serait supprimé : ainsi des *hémorrhoïdes*, les *règles*, des *épistaxis.* En pareil cas, il est recommandé de recourir, après la saignée géné-

(1) Valsalva, Heister, etc.
(2) Voy. *The phil. journ.*, etc., 1827.
(3) *Mémoires de chirurgie et de physiologie pratique.* Montpellier, 1845, in-8.

rale, à la saignée locale vers le point où existait le flux. Dans les cas d'hémorrhoïdes, on applique des sangsues à l'anus ou aux cuisses. Dans ceux de règles supprimées, on les met dans ces derniers points ou aux parties génitales; dans ceux d'épistaxis habituelles qui auraient plus ou moins complétement cessé, on place les sangsues vers la pituitaire. C'est encore là un des cas où l'instrument de M. Cruveilhier (*phlébotome de la pituitaire*), qui ressemble au lithotome caché, peut être employé avec succès. Mais je n'insiste pas davantage sur ces moyens connus de tout le monde.

Se fondant sur l'observation de trois cas dans lesquels les émissions sanguines parurent augmenter les accidents, M. Aussaguel (1) admet qu'il existe, pour la production de l'hémorrhagie cérébrale, deux puissances : d'un côté la masse sanguine, de l'autre la force avec laquelle elle se meut, et que la diminution de l'une correspond à l'accroissement de l'autre ; aussi conseille-t-il l'application du froid sur la tête et les révulsifs aux extrémités avant la saignée. Des observations beaucoup plus multipliées seraient nécessaires pour appuyer ces idées théoriques.

Application du froid. En même temps qu'on pratique les saignées, on met en usage les applications froides sur la tête, telles que les compresses trempées dans l'eau de puits ou dans l'eau glacée, la glace dans une vessie, et même l'irrigation continue. Ces moyens méritent d'être mis en usage au même titre que dans les autres hémorrhagies où on les applique dans le lieu le plus voisin du siége du mal ; mais il faut que les applications soient fréquemment renouvelées, et que l'emploi de la glace et des irrigations ne soit pas suspendu avant que les principaux symptômes soient dissipés, de crainte que la réaction qui surviendrait dans les intervalles n'en détruisît tous les bons effets.

Topiques irritants. On ne saurait plus recommander aujourd'hui le cautère actuel ou le cautère potentiel vers la tête, proposés par les auteurs des siècles derniers. Ce sont là des remèdes qne des idées théoriques erronées ont pu seules faire conseiller ; mais il est très fréquent encore de voir des *vésicatoires* ou des *sinapismes* être appliqués vers le siége du mal, ou, bien plus souvent, dans un point éloigné. Les uns, en effet, veulent qu'on applique des vésicatoires à la nuque, ou sur la tête préalablement rasée, et les autres qu'on place ces topiques à la partie interne des cuisses, sur les mollets, aux pieds. C'est cette dernière pratique qui est généralement suivie ; mais quel est son degré d'efficacité ? Il est bien difficile de le dire d'après les faits, et l'on est porté à se ranger à l'opinion de Rochoux, qui s'exprime ainsi à ce sujet : « Peut-être, dit-il, serait-il plus convenable de tenir le malade à un régime délayant, antiphlogistique, que de le couvrir de vésicatoires, de sinapismes et autres prétendus révulsifs, que certains médecins emploient avec une fermeté de croyance vraiment admirable (2).

Ammoniaque. Je dois mentionner ici un moyen qui a d'abord été conseillé par le docteur Sage, et qui a été mis en usage par M. Gavarret (d'Astafort). Ce dernier médecin (3) cite deux faits, dont un très grave, qu'il a traités ainsi qu'il suit :

(1) Thèse inaug. : *La saignée est quelquefois dangereuse dans l'apoplexie*. Paris. — *Revue médico-chirurgicale de Paris*, et *Union médicale*, 5 février 1853.

(2) *Loc. cit.*, p. 228.

(3) *Emploi de l'ammoniaque dans l'apoplexie sanguine* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, novembre 1834).

« 1° Au moment de l'attaque, faites prendre au malade :

Ammoniaque.......... 25 gouttes. | Eau commune.......... 1/2 verre.

» 2° Peu de temps après on renouvelle cette dose ; puis, lorsque le malade a recouvré sa connaissance, on lui fait prendre :

Ammoniaque.......... 5 gouttes. | Eau commune.......... 1/2 verre.

Toutes les heures. »

Il faut ajouter que M. Gavarret emploie en même temps les évacuations sanguines abondantes, et l'on doit reconnaître que les faits qu'il cite sont insuffisants.

Vomitifs. Les vomitifs ont été, jusqu'à ces dernières années, d'un usage général, et il n'y a pas encore bien longtemps que Lullier-Winslow (1) recommandait d'employer l'*émétique* à forte dose ; que Geoffroy voulait qu'on commençât par vider l'estomac à l'aide d'un vomitif léger, et que Laënnec (2) a rapporté onze cas traités par l'émétique à haute dose, et dont six se sont terminés par une guérison complète.

Pour apprécier ce moyen, il faut rechercher non seulement son efficacité, mais encore les dangers qu'il peut présenter. Relativement à la première question, les faits cités par Laënnec sont ceux que nous pouvons consulter avec le plus de fruit. Or il est à remarquer : 1° que les cas de guérison étaient des apoplexies sanguines légères, bien qu'il y eût hémiplégie complète, et qu'il n'est pas bien surprenant qu'ils aient guéri ; 2° que des saignées abondantes ont été pratiquées concurremment avec l'administration du tartre stibié, ce qui ôte nécessairement beaucoup de leur valeur aux faits, sous le rapport du traitement par l'émétique à haute dose. Il faudrait par conséquent des preuves plus convaincantes pour engager le médecin à suivre cette pratique.

D'un autre côté, on a reproché aux vomitifs de pouvoir, par les efforts qu'ils occasionnent, augmenter le raptus du sang vers le cerveau, et rendre, par suite, l'hémorrhagie plus abondante. Rien dans les faits cités ne démontre, il faut en convenir, que ce fâcheux effet ait été produit par le tartre stibié. Dans les cas cités par Laënnec en particulier, il n'est rien dit qui porte à croire que le molimen hémorrhagique ait augmenté. C'est donc d'après des idées théoriques qu'on a porté cette accusation contre les vomitifs. Toutefois, comme, ainsi que nous venons de le voir, il n'est nullement prouvé que ces médicaments aient une efficacité réelle, il suffit qu'on puisse, d'après une idée quelconque, craindre leurs mauvais effets, pour que la prudence engage à s'en abstenir, à moins d'indications toutes particulières qu'il me serait impossible de signaler.

Purgatifs. On n'a pas reproché aux purgatifs les mêmes inconvénients ; aussi sont-ils d'un usage général. Ce n'est pas qu'on veuille aujourd'hui, à l'exemple de quelques médecins des temps passés, évacuer par ces moyens des humeurs morbifiques ; on a pour but principal d'établir une irritation dérivative sur le tube digestif, ou tout simplement de tenir le ventre libre. Sous ce dernier rapport, on ne peut que recommander les purgatifs légers (en général purgatifs salins), qui sont mis généralement en usage. Les *lavements purgatifs* sont aussi d'un usage

(1) *Dict. des sc. médicales*, 1812.
(2) *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1828, t. I, p. 299.

très fréquent pour remplir cette indication. Quant à l'effet dérivatif, il est bien loin d'être démontré qu'il ait quelque importance.

Eméto-cathartiques. Le docteur Most conseille la potion suivante, après l'emploi des évacuations sanguines :

℞ Fruits de tamarin.................................... 90 gram.

Faites une décoction dans :

Eau de fontaine....... Q. s. pour qu'il reste 240 grammes de liquide.

Ajoutez à la colature :

Nitrate de potasse.........	8 gram.	Tartre stibié...........	0,80 gram.
Sulfate de soude..........	30 gram.		

Dose : toutes les demi-heures, une cuillerée à bouche.

On peut faire, relativement aux éméto-cathartiques, les mêmes réflexions que j'ai présentées à propos des vomitifs.

Pour terminer ce que j'ai à dire sur le traitement de l'attaque, je n'ai qu'à indiquer les *précautions générales* qu'il convient de prendre chez les sujets qui viennent d'être atteints d'hémorrhagie cérébrale.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LES ATTAQUES D'APOPLEXIE SANGUINE.

Dépouiller le malade de tous les vêtements qui peuvent comprimer les diverses parties du corps, et principalement le cou.

Le placer sur un lit dont les oreillers soient fermes et frais, et de manière qu'il ait la tête beaucoup plus haute que le reste du corps.

Entretenir une température peu élevée dans sa chambre.

Lui tenir la tête découverte, et réchauffer les extrémités.

Éloigner toute cause d'excitation ; recommander le silence autour de lui ; lui épargner, autant que possible, les plus légers mouvements.

Régime sévère ; diète.

2° *Traitement des symptômes consécutifs à l'attaque.* Lorsque les phénomènes que l'on peut regarder comme appartenant à l'attaque proprement dite ont été modérés ou dissipés, il reste encore des symptômes qui offrent une certaine acuité, et qui demandent des soins actifs. Alors, ou bien l'amélioration se fait sentir de plus en plus, ou bien l'apoplexie fait sans cesse des progrès, ou bien enfin, après une amélioration passagère, il survient de la céphalalgie, de la contracture, des convulsions avec une fièvre plus ou moins violente, signes qui annoncent un ramollissement consécutif. Le médecin doit avoir égard à ces différents cas, quand il s'agit de diriger le traitement.

Si, après les premiers symptômes, on observe une amélioration qui va sans cesse croissant, et que rien ne vient entraver, il suffit de tenir le malade à un *régime sévère*, de lui épargner toutes les excitations et tous les mouvements inutiles, d'insister, en un mot, sur les précautions générales qui ont été exposées plus haut.

Si, malgré tous les moyens employés, l'état du malade va toujours en s'aggravant, il faut insister sur les moyens qui ont été dirigés contre l'attaque, et alors, après

les saignées, la médication dont on fait le plus grand usage est celle qui consiste à opérer une dérivation sur le tube digestif à l'aide de *purgatifs assez énergiques*, et à activer la circulation des extrémités par les topiques irritants. Toutefois, relativement à ces derniers moyens, nous devons dire qu'il ne faut pas perdre de vue les remarques qui ont été faites dans le cours de cet article.

C'est dans les cas de ce genre qu'on emploie principalement différents moyens auxquels on accorde une vertu presque spécifique : ainsi le *phosphore*, la *gratiole*, la *poudre de James*, la *poudre de Dower*, etc. Mais pour reconnaître l'efficacité de ces médicaments, il faudrait des faits que nous ne possédons pas.

Dans les cas où, après une amélioration de plus ou moins longue durée, on voit apparaître les symptômes précédemment indiqués, et qui annoncent un ramollissement consécutif, il faut mettre en usage un traitement qui offre quelques particularités, mais sur lequel je n'insisterai pas beaucoup ici, parce qu'il ne diffère pas sensiblement de celui qu'on oppose au *ramollissement aigu primitif* dont j'aurai à exposer plus tard tous les détails.

Je dirai donc seulement qu'on a de nouveau recours aux émissions sanguines plus ou moins abondantes et plus ou moins répétées ; puis on prescrit le *calomel* à l'intérieur, les *frictions mercurielles* sur les côtés du cou, et l'on insiste sur les purgatifs. Cette indication générale me paraît suffisante.

3° *Traitement des résultats de l'hémorrhagie cérébrale.* Lorsque le malade a échappé aux symptômes de l'attaque, lorsque l'amélioration a marché sans encombre, et que l'intelligence est revenue, il reste pendant un temps plus ou moins long des traces de la maladie, et parfois ces traces sont ineffaçables : ce sont des symptômes chroniques qui demandent un traitement particulier. Le principal de ces symptômes est la paralysie, et c'est par là que nous devons commencer.

Traitement de la paralysie. Ce n'est qu'au bout d'un temps assez long, et lorsque l'on voit, malgré une amélioration complète sous tous les autres rapports, persister encore une paralysie considérable, qu'on doit regarder celle-ci comme un phénomène à part, et qu'il faut la traiter d'une manière toute spéciale. Les moyens proposés pour remplir cette indication sont généraux ou locaux.

Les *moyens généraux* employés contre la paralysie persistante sont presque tous pris parmi les *stimulants*. Ainsi on administre l'eau de *mélisse*, de *menthe*, de *lavande*, les *potions éthérées*, l'*esprit de Mindererus*, la *teinture de cannelle*, etc. Il serait inutile de multiplier ces citations, parce que nous n'avons pas, pour la plupart de ces moyens, la sanction de l'expérience. Je ferai seulement une exception pour l'emploi de l'*arnica*, que quelques auteurs ont donnée comme possédant une action très grande et presque spécifique. On l'administre ainsi qu'il suit :

Fleurs d'arnica..... de 4 à 16 gram. | Eau bouillante........... 1 kilogr.

A prendre par verrées.

L'infusion de la racine de cette plante est encore mise en usage comme il suit :

℞ Racine d'arnica.......... 8 gram. | Eau bouillante........... 1 kilogr.

Faites infuser. A prendre par tasses.

On chercherait en vain dans les auteurs des preuves convaincantes que cette infusion a une vertu plus grande que celles dont nous venons de donner la liste.

Lorsque les malades sont profondément débilités, pâles, anémiques, on conseille de leur administrer les *amers* (l'infusion de *fumeterre*, de *petite centaurée*, etc.) ; les *toniques*, et en particulier le *quinquina ;* les *ferrugineux*. Comme pour les médicaments précédents, nous n'avons pas de renseignements positifs sur l'action de ces moyens, que l'état de faiblesse et d'anémie engage néanmoins à employer.

Les *eaux minérales* sont également d'un usage général, mais sans qu'un nombre suffisant de faits nous fasse connaître rigoureusement leur degré d'utilité; car, ainsi qu'on le voit, c'est encore un travail à faire que celui qui consiste à apprécier à sa juste valeur le traitement de l'hémorrhagie cérébrale. Parmi les eaux minérales, celles qu'on recommande particulièrement sont les *eaux ferrugineuses*, ce qui rentre dans un des traitements dont il vient d'être question, et les *eaux sulfureuses*, telles que celles de Baréges, de Bagnères-de-Luchon, de Cauterets, etc.

La *strychnine* ou la *noix vomique* sont des substances qui, depuis un certain nombre d'années, sont spécialement employées dans les cas dont il s'agit. On sait que Fouquier est le premier qui ait mis la noix vomique en usage, et ce praticien a cité des faits dans lesquels elle a parfaitement réussi. Voici la formule qu'il a conseillée :

℞ Extrait alcoolique de noix vomique	4 gram.	Poudre de guimauve	Q. s.

F. s. a. trente-six pilules. Dose : d'abord une par jour, puis tous les trois ou quatre jours une pilule de plus, jusqu'à ce qu'on atteigne la dose de neuf à dix par jour.

Dans l'élévation des doses, le médecin doit agir avec prudence et consulter toujours l'effet produit par les premières avant d'en augmenter le nombre.

Plus tard on a mis en usage, non seulement la *strychnine*, mais encore la *brucine;* toutefois c'est la première de ces substances qui est le plus généralement employée. M. Magendie a donné à ce sujet deux formules que je crois devoir reproduire ici :

1° *Pilules de strychnine.*

℞ Strychnine pure	0,10 gram.	Conserve de roses	2 gram.

Faites vingt-quatre pilules. Dose : d'abord une pilule le matin, puis une matin et soir ; et augmenter tous les trois ou quatre jours d'une pilule, jusqu'à ce qu'on en prenne cinq ou six.

2° *Potion avec la strychnine.*

℞ Strychnine pure........................... 0,05 gram.

Triturez dans un mortier avec :

Acide acétique........................... 0,10 gram.

Ajoutez peu à peu :

Eau distillée	65 gram.	Sucre blanc	15 gram.

Dose : une cuillerée à café, matin et soir. On augmente successivement la dose.

On doit agir avec plus de prudence encore dans l'administration de la strychnine que dans celle de la noix vomique. Il ne faut augmenter les doses que tous les deux,

trois ou quatre jours, et consulter les effets produits. Il ne serait pas prudent de dépasser la dose de cinq ou six pilules par jour, et l'administration de la potion entière doit être regardée comme une limite qu'on a bien rarement occasion de franchir. Peut-être vaudrait-il mieux, au lieu d'administrer cette potion par cuillerées à café, n'y faire entrer d'abord que 5 milligrammes de strychnine, et augmenter ensuite graduellement cette dose, de manière à donner la potion entière chaque jour.

Quant à la *brucine*, je dirai seulement ici qu'elle se donne de la même manière, mais à dose dix ou douze fois plus considérable.

M. Bardsley est un des auteurs qui ont expérimenté avec le plus de soin la strychnine; mais il n'a cité qu'un petit nombre de faits, et dans ces faits la paralysie a des causes diverses. Ce qui résulte de plus positif de ses recherches, c'est que la strychnine réussit beaucoup moins bien dans les cas d'hémiplégie dont il s'agit ici que dans les cas de paraplégie dont nous parlerons plus loin.

On a encore conseillé le *sumac vénéneux* (*rhus radicans*); mais ce médicament étant très peu employé aujourd'hui, et les preuves de son efficacité étant bien loin d'être suffisantes, je crois devoir me contenter de cette indication.

Parmi les *moyens externes* mis en usage, je citerai d'abord les *vésicatoires* à la nuque ou sur le cuir chevelu; les *sétons*, les *cautères* à la nuque ou sur les côtés du cou. On conseille de n'employer ces moyens qu'à une époque avancée de la maladie, et leur degré d'action n'est pas suffisamment connu.

On prescrit encore des *frictions excitantes* avec les teintures de *cantharide* ou de *benjoin*, avec un *liniment ammoniacal*, le suivant par exemple, auquel les Anglais ont donné le nom de *baume de vie externe* :

℞ Savon médicinal.............................. 32 gram.

Divisez-le et faites dissoudre dans :

Esprit de serpolet........	2 kilog.	Ammoniaque liquide......	35 gram.
Huile essent. de térébenth..	350 gram.		

Frictionner matin et soir les parties paralysées avec 15 grammes de cette préparation.

Ou bien encore les frictions avec le *baume opodeldoch*, le *baume de Fioraventi*, ou simplement l'*alcool camphré*. Tels sont les principaux excitants mis en usage.

On a aussi recours à l'*électricité*. C'est l'*électro-puncture* qu'on emploie ordinairement. Je ne parlerai pas avec détail ici de ce moyen, dont j'ai eu maintes fois occasion de faire connaître l'administration dans le cours de cet ouvrage. On doit se servir de l'appareil de Clarke ou de celui des frères Breton ; et si l'on ne peut se les procurer, une pile ordinaire d'une force médiocre sera employée avec plus ou moins de persévérance selon les cas et les effets produits. Il sera encore mieux d'employer les procédés de M. Duchenne (de Boulogne). L'électricité est un moyen auquel il ne faut pas avoir recours trop peu de temps après l'attaque d'apoplexie. On a signalé des inconvénients de son administration en pareil cas.

M. Claudius Barbier, de Lyon (1), propose de *trépaner* avant de saigner, pour

(1) *Journ. des conn. méd.*, juillet 1843.

que le sang puisse diminuer dans l'intérieur du crâne. Je ne crois pas qu'aucun médecin adopte ce traitement fondé sur une théorie hydraulique.

On conseille ensuite des *douches simples*, *aromatiques*, *sulfureuses*, à une température élevée ; ces dernières sont toujours administrées, en même temps que les *bains minéraux*, dans les établissements d'eaux minérales.

Comme l'a très bien fait remarquer Rochoux, on ne doit pas attendre un très grand effet de toutes ces stimulations de la partie malade. Le principe de la paralysie est dans la lésion du cerveau ; tant qu'on n'a pas fait disparaître celle-ci, on irriterait vainement les membres paralysés. Il ne faut donc regarder ces excitants que comme des adjuvants.

Je pourrais ajouter quelques particularités relativement au traitement de quelques paralysies locales, mais elles auraient peu d'importance. Les *masticatoires* (*pyrèthre*, *piment*, etc.), employés pour faire cesser la *paralysie de la langue*, les onctions irritantes sur les paupières dans la *paralysie des muscles de l'œil*, etc., n'ont, en effet, qu'une action plus que problématique et ne font que fatiguer inutilement les malades.

4° *Traitement prophylactique*. Aujourd'hui tous les médecins sensés s'accordent à rejeter ces médicaments prétendus préservatifs et décorés du nom d'*antiapoplectiques*, qui n'ont d'autre effet que d'inspirer aux sujets apoplectiques une fâcheuse sécurité et de leur faire négliger les soins hygiéniques, qui seuls peuvent les préserver. Il me serait on ne peut plus facile d'en indiquer un bon nombre ; mais il n'y a aucun avantage à le faire. Je les passerai donc sous silence, et je dirai seulement que les seuls moyens de prévenir une attaque d'apoplexie consistent dans une grande sobriété, dans l'habitude de faire chaque jour de l'exercice en plein air, surtout après les repas ; dans l'entretien des flux habituels ou dans leur rappel lorsqu'ils sont supprimés, et dans l'entretien de la liberté du ventre. Les sujets doivent éviter soigneusement le séjour des lieux trop chauds, l'insolation et tout ce qui peut exciter la circulation cérébrale. Ils ne doivent pas porter des vêtements trop serrés et qui puissent gêner le cours du sang. Ils doivent éviter le refroidissement des extrémités ; enfin ils doivent abandonner les travaux qui exigent une trop forte contention d'esprit, et surtout ne pas s'y livrer pendant un trop long espace de temps sans se reposer.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement de l'attaque :* Émissions sanguines ; application du froid ; topiques irritants ; ammoniaque ; vomitifs ; purgatifs ; éméto-cathartiques ; précautions générales.

2° *Traitement des symptômes consécutifs à l'attaque :* Régime sévère ; purgatifs, phosphore, gratiole, poudre de James, etc. ; traitement du ramollissement consécutif ; frictions mercurielles, calomel, etc.

3° *Traitement des résultats de l'hémorrhagie cérébrale :* Traitement de la paralysie ; stimulants généraux, arnica ; amers ; toniques, ferrugineux ; eaux minérales ferrugineuses, sulfureuses ; noix vomique, strychnine, brucine, moyens externes ; douches ; électricité, etc.

4° *Traitement prophylactique :* Soins hygiéniques.



ARTICLE III.

APOPLEXIE NERVEUSE.

C'est une question en litige de savoir s'il peut exister réellement une apoplexie nerveuse, c'est-à-dire, un état en tout semblable à l'hémorrhagie cérébrale que je viens de décrire, sans qu'il y ait aucune lésion apparente du cerveau. Abercrombie et quelques autres auteurs ont cité des faits dans lesquels, après avoir observé, pendant la vie, tous les phénomènes de l'apoplexie (perte de connaissance, paralysie du mouvement et du sentiment d'un côté du corps, déviation de la langue), on n'a trouvé, après la mort, aucune lésion appréciable. Je pourrais citer ici d'assez nombreux exemples de cette affection qu'Abercrombie appelle *apoplexie simple* (1): je pourrais faire connaître l'opinion de Willis, qui attribuait la maladie à une stupéfaction des méninges ; celle de Nicolaï, qui n'y voyait qu'un spasme de ces membranes, etc. ; mais il suffit de constater l'existence de ces cas auxquels Kortum a donné le premier le nom d'apoplexies nerveuses, cas qu'il faut bien distinguer de plusieurs autres qu'on a désignés sous le même nom, et qui néanmoins sont de véritables hémorrhagies ou des congestions cérébrales. Et, pour démontrer que les faits de ce genre existent réellement, qu'on ne doit pas accuser une investigation trop superficielle, j'ajouterai que, dans ces derniers temps, M. Grisolle (2) a rapporté un cas de ce genre, dans lequel le cerveau a été examiné jusque dans ses plus petites parcelles, et que moi-même j'ai vu dans le service de M. Louis un sujet qui, après avoir succombé à la suite d'une attaque d'apoplexie, avec perte complète de connaissance et hémiplégie, n'a présenté aucune lésion cérébrale, quoique l'investigation ait été, on peut le dire, des plus minutieuses.

Il n'y a donc pas de doute, le fait existe ; mais comment l'expliquer ? Faut-il admettre qu'il y a eu une lésion apparente, qui aurait disparu après la mort ? Rien ne le prouve. Est-ce à dire qu'on puisse concevoir cette maladie cérébrale (car évidemment le cerveau est le siége du mal) sans aucune lésion de l'organe ? Non, sans doute ; mais, ce qu'il y a de certain, c'est que cette lésion est inappréciable pour nous, et cette circonstance trace une ligne de démarcation profonde entre ces faits et ceux que nous avons cités dans les articles précédents. On ne dira pas qu'il existait un ramollissement qui aurait échappé à toutes les recherches ; on peut le supposer pour quelques cas observés avant que le ramollissement fût bien connu ; mais il ne saurait en être ainsi pour les deux derniers, la consistance du cerveau ayant été explorée dans les plus petites parties.

Faut-il, avec quelques auteurs, ne voir dans ces faits que des affections hystériques qui se seraient terminées par la mort ? On sait que, dans quelques attaques d'hystérie, il survient une paralysie parfois très étendue et très complète, qui se dissipe au bout d'un certain temps sans laisser de traces. Le fait, ainsi expliqué, n'en serait pas moins curieux ; mais il faut remarquer que les sujets chez lesquels on a observé les phénomènes dont je viens de parler n'avaient point eu antérieurement d'attaques d'hystérie ; que la plupart étaient des hommes, et que leur apo-

(1) *Rech. pathol. sur les maladies de l'encéphale*. Paris, 1835, p. 291 et suiv.
(2) *Presse médicale*, 1837.

plexie n'a pas commencé par des convulsions, en sorte que l'explication n'est guère acceptable.

Ce serait d'ailleurs en vain qu'on en chercherait d'autres dans l'état actuel de la science; il vaut mieux reconnaître notre ignorance sur ce point, et attendre que de nouveaux faits viennent nous éclairer, si la chose est possible.

Maintenant dois-je donner la description de cette apoplexie nerveuse, que j'ai placée immédiatement après l'hémorrhagie cérébrale, à cause de sa ressemblance parfaite avec cette affection? Non sans doute; car je n'aurais qu'à reproduire la description des symptômes que j'ai donnée dans l'article précédent; et ce qui le prouve bien, c'est que, dans aucun cas bien observé, le diagnostic n'a été possible; les hommes les plus versés dans la matière s'y sont complétement trompés. Quant aux lésions, je n'aurais qu'à signaler leur absence; je ne pourrais rien dire des causes, et le traitement ne diffère en rien de celui de l'hémorrhagie du cerveau. De plus longs détails seraient donc complétement inutiles.

ARTICLE IV.

CÉRÉBRITE (*ramollissement inflammatoire du cerveau*).

Avant d'entreprendre la description de l'inflammation du cerveau, il est on ne peut plus important de déterminer avec précision la marche qu'on veut suivre. Ces maladies ont été envisagées sous tant de points de vue différents, qu'il en est résulté la plus grande confusion dans leur histoire, et qu'il est presque impossible au médecin d'entendre ce qu'on a voulu dire en traçant la description de telle ou telle affection cérébrale. Qu'on dise, par exemple, ce que c'est positivement que l'encéphalite, en quoi elle diffère de l'arachnitis qui s'est étendue au cerveau, en quoi elle diffère du ramollissement inflammatoire? On sera arrêté à chaque pas, parce que l'on n'a pas demandé aux faits la séparation de ces états morbides qui ont tant de tendance à se réunir à une époque plus ou moins avancée du mal.

Je crois d'abord qu'il est important de faire disparaître le nom d'encéphalite. L'encéphale étant composé à la fois des centres nerveux et de leurs membranes, il en résulte que l'encéphalite ne saurait être autre chose que l'inflammation simultanée de ces diverses parties, c'est-à-dire, une maladie compliquée, dont les éléments doivent être examinés isolément. On dira sans doute qu'il arrive très souvent, dans les affections cérébrales, qu'on trouve, dans une même autopsie, des lésions du cerveau, du cervelet, de la protubérance et des membranes; mais on n'en saurait conclure que ces affections diverses doivent être étudiées simultanément. La méthode analytique veut, au contraire, qu'on étudie séparément les cas simples, afin d'arriver par là à une connaissance plus exacte des cas compliqués. Dans ces cas, on pourra généralement ensuite arriver à connaître la manière dont les lésions se sont succédé, et ainsi on parviendra à reconnaître l'affection primitive. A quoi est-on arrivé en procédant autrement? On a décrit, par exemple, une *encéphalite diffuse*, qui n'est autre chose, dans l'immense majorité des cas, qu'une méningite dans laquelle l'inflammation des membranes s'est propagée à la surface du cerveau, et l'on en a conclu que l'altération du cerveau était la principale maladie, sans songer que dans un certain nombre de cas bien observés, l'inflammation des membranes

reste isolée, ce qui est démontré par l'intégrité de la substance cérébrale constatée à l'autopsie. De là une confusion très grande dans les symptômes propres à telle ou telle lésion, et l'impossibilité presque absolue du diagnostic.

Ne vaut-il pas bien mieux, puisque les observations le permettent, d'une part, examiner ce qui se passe dans les cas où les membranes sont seules enflammées, ainsi que nous l'avons fait à l'article *Méningite aiguë simple*, et de l'autre, étudier l'inflammation isolée du cerveau, puis indiquer, dans chaque description, les cas dans lesquels ces inflammations se confondent, en ayant soin de dire quelle est de ces inflammations celle qui se produit secondairement, ce qui permet de distinguer leurs symptômes respectifs ?

D'après ces considérations, je m'occuperai d'abord de la *cérébrite* comme maladie isolée, et je traiterai successivement de la *cérébrite aiguë* et de la *cérébrite chronique*. Ces dénominations correspondent à celles de *ramollissement inflammatoire*, *aigu* et *chronique*, et ces dernières expressions sont si généralement admises, que je les emploierai très fréquemment. Si j'ai cru devoir me servir de la dénomination de *cérébrite*, c'est pour bien faire comprendre que cette affection, pas plus que l'encéphalite des auteurs, ne saurait être distinguée du ramollissement inflammatoire; que c'est évidemment la même maladie, comme l'ont prouvé les recherches récentes, ce dont cependant on pourrait douter en lisant beaucoup d'ouvrages, même parmi les plus modernes, puisque des descriptions séparées sont présentées sous ces diverses dénominations.

J'ai eu toujours soin de désigner le ramollissement, que je regarde comme n'étant autre chose que la cérébrite, par le nom de ramollissement inflammatoire, et je l'ai fait dans l'intention de réserver une question importante qui sera traitée plus loin, et qui est relative à l'existence ou à la non-existence d'un *ramollissement non inflammatoire* admis par plusieurs auteurs, et en particulier par M. Rostan, qui, le premier, a fixé l'attention sur ce point, et regardé par d'autres, au contraire, comme ne se produisant jamais, bien que tous les faits qu'ils ont rapportés en faveur de leur opinion ne soient pas aussi positifs qu'ils paraissent le penser.

Dès que l'anatomie pathologique a été étudiée avec soin, un certain nombre de cas de ramollissement du cerveau sont venus à la connaissance des médecins, et tout le monde connaît ceux qui ont été rapportés par Morgagni. Mais c'était bien peu pour l'histoire de l'inflammation du cerveau ; aussi l'ouvrage de M. Rostan (1) eut-il et devait-il avoir un grand retentissement. Bientôt parurent les *Recherches sur l'encéphale* de M. Lallemand, dans lesquelles les questions qui se rattachent à l'inflammation du cerveau sont étudiées avec de grands détails. M. Bouillaud (2) vint ensuite ajouter quelques faits à ceux que nous connaissions déjà. Je citerai encore MM. Andral (3), Dechambre (4) et plusieurs autres auteurs récents qui ont éclairé divers points importants de l'histoire du ramollissement cérébral, et je terminerai ces citations par celle de l'ouvrage de M. Durand-Fardel (5), dans lequel

(1) *Rech. sur le ramollissement du cerveau*, 2ᵉ édit. Paris, 1823.
(2) *Traité clinique et phys. de l'encéphalite*. Paris, 1825.
(3) *Clinique médicale*.
(4) *Gazette médic.*, 1838.
(5) *Traité du ramollissement du cerveau*. Paris, 1843.

on trouve un très grand nombre de faits intéressants, et une analyse de ces faits qui me sera très utile dans le cours de cet article. J'aurai, du reste, à multiplier les citations à mesure que la description avancera.

1° CÉRÉBRITE AIGUE (RAMOLLISSEMENT INFLAMMATOIRE AIGU).

Je ne chercherai pas à exposer séparément dans cet article diverses particularités sur lesquelles quelques auteurs se sont appesantis, et qui n'ont une importance réelle qu'au point de vue de l'anatomie pathologique. On a beaucoup parlé de *ramollissement rouge*, de *ramollissement blanc*, de *ramollissement lie de vin*, etc. Je suis loin de dire que la coloration, dans le ramollissement cérébral, ne mérite pas l'attention du médecin; mais elle la mérite seulement au même titre que la coloration rouge, lie de vin, grise, dans l'inflammation du poumon. Peut-on, à des signes particuliers, reconnaître pendant la vie que le cerveau offre le ramollissement rouge ou blanc? Non sans doute, et dès lors ce n'est qu'une question qu'il faut renvoyer à l'anatomie pathologique, où nous aurons à rappeler les arguments que les auteurs ont tirés, pour ou contre la nature inflammatoire du ramollissement, de l'état de l'organe dans les différents cas. Nous verrons alors s'il y a lieu ou non de donner une description particulière du ramollissement regardé comme non inflammatoire par plusieurs auteurs recommandables. On peut, il est vrai, soupçonner que le ramollissement se présentera avec tel ou tel aspect, suivant que la maladie aura duré plus ou moins longtemps, et par conséquent aura ou n'aura pas pu passer à l'état de suppuration; mais outre qu'on risquerait de se tromper fréquemment, parce que la maladie ne présente pas, à beaucoup près, de périodes parfaitement tranchées, ce serait tout simplement alors une question relative à la marche de la maladie, comme celle des trois degrés de la pneumonie, dans lesquels l'état de l'organe malade présente des aspects si différents. Après ces considérations, j'entre immédiatement en matière.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La cérébrite aiguë, ou ramollissement inflammatoire aigu, est l'inflammation du cerveau, soit étendue à une partie du cerveau assez considérable et mal limitée, soit circonscrite dans une partie peu étendue de cet organe. De là deux espèces de cérébrite ou de ramollissement inflammatoire: l'une à laquelle on a donné le nom d'*encéphalite diffuse*, et l'autre qui a reçu celui d'*encéphalite circonscrite.* Cette dernière est celle qui a été particulièrement décrite sous le nom de *ramollissement du cerveau.*

Je dois faire remarquer avant d'aller plus loin, que ces deux espèces, considérées comme maladies distinctes, ont une importance très différente. Il est, en effet, très rare que la cérébrite, dont les limites ne sont pas plus ou moins bien circonscrites dans la substance cérébrable, soit une maladie primitive; le plus souvent elle est consécutive à une maladie des méninges, qui, de son côté, peut être primitive ou secondaire. Il en résulte que cette affection doit être particulièrement étudiée avec les maladies des méninges, et principalement avec la méningite. Aussi, fidèle au plan que je me suis tracé, je n'exposerai ici que ce qui sera in-

dispensable pour la faire connaître d'une manière complète, renvoyant le lecteur à ce qui a été dit dans les articles précédents pour les cas où l'encéphalite est secondaire ; et je le fais avec d'autant plus d'empressement, que c'est le seul moyen de mettre un peu d'ordre dans cette partie de la pathologie, qui en a tant besoin. Cet article sera par conséquent spécialement consacré au ramollissement aigu circonscrit, et l'inflammation diffuse sera seulement mentionnée quand il sera nécessaire.

J'ai déjà cité plusieurs fois les principaux noms sous lesquels est connue la maladie dont nous nous occupons. Ce sont les suivants : *encéphalite ; méningo-encéphalite ; cérébrite ; ramollissement du cerveau ; inflammation du cerveau ; suppuration ; gangrène ; abcès du cerveau.* On voit que toutes ces dénominations sont tirées de l'anatomie pathologique, et varient suivant la manière dont chacun a considéré les lésions.

Le ramollissement inflammatoire du cerveau est une maladie qui est bien loin d'être rare. Lorsqu'on a commencé à l'étudier, on a pu croire qu'elle était plus rare que l'hémorrhagie cérébrale ; mais les travaux que j'ai cités plus haut ont prouvé qu'il n'en est rien, même en ne considérant que les cas dans lesquels le ramollissement est une maladie primitive. Que si, au contraire, nous tenons compte des cas dans lesquels le ramollissement est une maladie consécutive, tels que ceux où il survient après une hémorrhagie cérébrale, ou ceux où il se forme autour des tumeurs du cerveau, etc., nous le trouvons bien plus fréquent encore, et la fréquence de l'hémorrhagie cérébrale ne peut plus dès lors être comparée à la sienne.

§ II. — Causes.

Si nous faisons abstraction des *conditions organiques* nécessaires pour produire le ramollissement aigu, et dont quelques unes ne nous occuperont pas ici, puisque nous ne parlons que du ramollissement inflammatoire ; si nous mettons de côté, pour un moment, les conditions d'âge, de saisons, etc., nous devons reconnaître que les causes du ramollissement sont très obscures. Je vais exposer ce que nous savons de plus précis sur ce point.

1° Causes prédisposantes.

Un *âge* avancé est généralement regardé comme une prédisposition incontestable au ramollissement cérébral. M. Durand-Fardel est le seul qui paraisse élever quelques doutes à ce sujet ; mais quoiqu'il fasse parfaitement observer qu'on doit avoir, pour apprécier l'influence de l'âge, égard non à l'époque de la mort des sujets, mais à celle du début de la maladie, il résulte néanmoins des faits qu'il a cités que si le ramollissement cérébral est loin d'être une maladie propre à la vieillesse, comme on a pu le croire alors qu'on ne l'avait guère étudié que dans des hôpitaux de vieillards, il n'en est pas moins vrai qu'un âge assez avancé est une des conditions dans lesquelles cette affection se développe de préférence. Une remarque critique que nous ne devons pas oublier de faire à ce sujet, c'est que, dans la recherche de l'influence de l'âge, on n'a pas tenu un compte suffisant de l'acuité ou de la chronicité de la cérébrite ; ce qui est regrettable, puisque l'on peut

très bien concevoir que le ramollissement aigu, soit qu'il se termine par la mort, soit qu'il passe à l'état chronique, ait de la tendance à se produire à une autre époque de la vie que le ramollissement primitivement chronique.

La plupart des auteurs sont muets sur l'influence du *sexe* dans la production de la maladie. M. Lallemand, seul (*loc. cit.*), appliquant à la cérébrite ce qu'il a observé dans les maladies cérébrales en général, la regarde comme notablement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes.

Quant à la *constitution*, nous ne savons rien de positif à ce sujet. Il n'en est pas de même des *maladies antérieures* qui ont plus ou moins détérioré la constitution. On n'a qu'à parcourir les nombreuses observations que nous possédons aujourd'hui sur le ramollissement cérébral, pour s'assurer que cette maladie, toutes choses égales d'ailleurs, est plus fréquente chez les sujets présentant déjà une autre affection que chez ceux qui sont dans un parfait état de santé, et cela est vrai, même en faisant abstraction des maladies cérébrales dans lesquelles une production morbide a donné lieu, par sa présence, à un ramollissement de l'organe.

L'influence des *saisons* a été étudiée, mais non sur un nombre de faits assez grand pour que l'on ait pu obtenir un résultat suffisant. M. Rostan dit que la maladie s'observe bien plus fréquemment durant les grands froids et les grandes chaleurs que sous l'influence de toute autre température. Il y a un peu d'exagération dans cette assertion. Les chiffres donnés par M. Durand-Fardel prouvent, en effet, que la différence suivant les saisons est peu considérable; il n'a trouvé qu'une faible augmentation du nombre des cas pendant la saison froide.

Plusieurs auteurs ont cru trouver dans l'*hypertrophie du cœur* une cause du ramollissement cérébral. Remarquons d'abord que ces auteurs ont parlé du ramollissement en général, sans tenir compte de sa nature dans les divers cas, et que par conséquent il ne faudrait pas regarder leur conclusion comme s'appliquant rigoureusement à la cérébrite dont nous nous occupons ici. Mais, même sous ce point de vue, leur manière de voir ne saurait être admise sans contestation. M. Durand-Fardel a fait voir (1) que l'hypertrophie du cœur ne s'observe pas plus fréquemment chez les sujets qui succombent au ramollissement cérébral que chez ceux qui sont emportés par une autre maladie, et nous devons, à ce sujet, ajouter une réflexion qui n'est pas sans importance. Il résulte des belles recherches de M. Bizot (2), que le cœur va en augmentant de volume à mesure qu'on avance en âge, et que c'est là un effet qu'on ne saurait considérer comme pathologique. Or, si l'on n'a pas eu égard à cet accroissement progressif du cœur, comment a-t-on pu décider si le cœur était réellement hypertrophié, s'il existait une augmentation morbide du volume de cet organe? Tout porte, par conséquent, à croire que l'hypertrophie du cœur n'a pas une influence particulière sur la production de la maladie.

2° Causes occasionnelles.

Voici comment s'exprime M. Durand-Fardel au sujet de la plupart des causes occasionnelles. Je ne peux mieux faire que de citer ce passage : « M. Rostan, dit-il

(1) *Loc. cit.*, p. 496.
(2) Voy. *Mém. de la Soc. méd. d'obs. de Paris*, 1837, t. I.



admet comme causes du ramollissement toutes les circonstances qui passent pour avoir quelque influence sur les affections du cerveau : *soleil ardent*, *coups sur la tête*, *passions violentes*, *chagrins*, *usage des alcooliques*. Mais il a plutôt été conduit à cela par l'analogie que par l'observation directe ; car dans ses observations comme dans les nôtres, *on n'a presque jamais noté aucune de ces causes*. Remarquant que les prodromes du ramollissement cérébral étaient surtout formés par des symptômes de congestion, il a jugé que toutes les causes de congestion cérébrale devaient favoriser la production du ramollissement. Je crois bien qu'il a raison, et que ces causes doivent agir dans ce sens ; mais il n'en est pas moins certain que le ramollissement se développe le plus souvent chez les vieillards, en dehors de ces circonstances comme de toute autre cause appréciable. »

Il n'en faut pas davantage pour montrer que tout n'est qu'incertitude sur ce point, et par conséquent je ne dois pas y insister. Restent maintenant certaines causes directes dont l'action est évidente. C'est ainsi que la cérébrite se développe après des lésions des os du crâne ; au point de contact du cerveau avec certaines lésions des méninges ; autour des *tubercules*, du *cancer du cerveau*, etc. En pareil cas, la lésion primitive est évidemment la cause efficiente du ramollissement ; mais aussi l'inflammation du cerveau produite de cette manière a beaucoup moins d'intérêt pour nous, en ce moment où nous nous occupons de la cérébrite considérée comme maladie indépendante.

Il est à peine nécessaire de faire remarquer combien sont vagues nos connaissances sur l'étiologie de la cérébrite. Nous avons tiré bien peu de lumières des recherches précédentes, et encore faut-il remarquer qu'elles ont été faites sur le ramollissement en général, sans distinction des espèces, ce qui leur ôte nécessairement de leur valeur quand on considère une de ces espèces en particulier.

§ III. — Symptômes.

La cérébrite aiguë se présente sous deux formes que M. Lallemand avait déjà parfaitement distinguées, et sur lesquelles M. Durand-Fardel (1) a particulièrement insisté. Ces deux formes doivent de toute nécessité être étudiées séparément, si l'on veut apporter un peu d'ordre dans cette partie de la pathologie. J'adopterai les dénominations que leur a imposées M. Durand-Fardel, qui appelle l'une *apoplectique* et l'autre *ataxique*. Toutefois je ferai remarquer que cette division ne comprend pas tous les cas. Ainsi M. Durand-Fardel fait entrer dans la forme apoplectique des faits dans lesquels les symptômes se sont développés graduellement et où il n'y a pas eu perte subite de connaissance. Or il n'existe pas, en pareil cas, de véritable apoplexie, car cette expression suppose une attaque brusque. Mais les faits de ce genre étant beaucoup moins communs dans la cérébrite aiguë que ceux où se présentent les formes apoplectique et ataxique, je me contenterai de cette division, et j'ajouterai seulement, comme l'a fait M. Durand-Fardel, quelques mots sur l'espèce que je viens de mentionner.

1° *Forme apoplectique*. Cette forme, principalement caractérisée par ce début subit de la maladie que j'ai désignée sous le nom d'*attaque de ramollissement*, peut se montrer d'une manière tout à fait inattendue et sans symptômes antérieurs, ou

(1) Page 85 et suiv.

bien être précédée de quelques signes auxquels on a donné le nom de *prodromes.*

Prodromes. Un simple coup d'œil fait facilement reconnaître que les symptômes auxquels on a donné le nom de *prodromes* ne diffèrent pas de ceux qu'on a attribués à l'*hémorrhagie cérébrale.* Ce sont des *vertiges*, des *éblouissements*, de la *céphalalgie*, l'irritabilité du caractère, la *tendance au sommeil*, la *lourdeur des membres*, les *troubles de la vue* et de l'*ouïe.* Ces prodromes se montrent moins fréquemment dans la forme dont nous parlons que dans l'autre ; c'est ce qui résulte des recherches de M. Durand-Fardel. Quant aux *élancements*, à la *roideur des membres*, au *délire*, à l'*agitation*, cet auteur fait remarquer avec raison que ce sont là des symptômes qui font partie de la maladie confirmée; et quant à la *démence sénile* et à l'*aliénation mentale* signalées par M. Rostan, ce sont des conditions de santé dans lesquelles le ramollissement peut bien se présenter plus fréquemment que dans les autres, mais ce ne sont pas des prodromes.

Début. Dans cette forme, le début est ordinairement brusque ; il y a, comme dans l'hémorrhagie cérébrale, *perte subite de connaissance.* C'est là la véritable forme apoplectique, celle qui seule, ainsi que je le disais plus haut, mérite ce nom. D'autres fois, au contraire, il y a perte graduelle des facultés intellectuelles, affaiblissement d'un ou de plusieurs membres, puis *tout à coup survient l'attaque*, et dès ce moment le cas ressemble au précédent. D'autres fois enfin, tous *les symptômes vont en augmentant peu à peu* sans qu'il y ait une véritable attaque ; on ne peut pas dire, dès lors, qu'il y a un ramollissement de forme apoplectique, bien que tous les symptômes qui se produisent dans celle-ci existent réellement. La marche n'a pas été la même, ce qui est très important pour le diagnostic. M. Durand-Fardel ayant fait le relevé des observations de MM. Rostan et Andral, et l'ayant joint à ce qu'il a observé lui-même, s'est assuré que la forme apoplectique proprement dite est la plus fréquente, dans les cas où le ramollissement se rapproche de l'hémorrhagie cérébrale.

Symptômes. La *forme apoplectique proprement dite*, je l'ai déjà fait remarquer dans l'article précédent, et je dois le répéter ici, *se manifeste par les mêmes symptômes que l'hémorrhagie cérébrale.* Une seconde description de l'attaque serait donc inutile, et le lecteur doit se reporter à celle que j'ai donnée de cette dernière maladie. Quant aux différences réelles et supposées admises par les auteurs, c'est encore au diagnostic de l'*hémorrhagie cérébrale* et du *ramollissement* qu'il faut en chercher les détails.

Dans la *forme apoplectique consécutive à des symptômes plus ou moins marqués de ramollissement*, voici ce qu'on observe : on voit du côté de la tête se manifester une *céphalalgie* fixe et opiniâtre, sur laquelle M. Rostan a particulièrement insisté. En même temps, ou un certain temps après, on voit l'*intelligence s'altérer.* Les malades perdent la mémoire ; ils ont de la difficulté à s'exprimer ; ils confondent entre eux les objets qu'ils connaissent le mieux, etc. Leur *caractère* change ; ils deviennent irritables, susceptibles, se mettent en colère ou s'attendrissent sans motif, etc.

Du côté du *mouvement*, on observe des phénomènes importants. Les malades se plaignent de *fourmillements*, d'*élancements*, de lourdeur dans un membre, dans un côté du corps tout entier, ou même dans toutes les parties du corps si le ramollissement occupe certains points qui seront mentionnés plus loin, ou bien

s'il y a un ramollissement dans chaque côté du cerveau. Chez un certain nombre de sujets, on observe une *contracture* plus ou moins marquée des membres affectés. Ces membres sont dans la demi-flexion ; ordinairement, avec un peu de persistance, on finit par les étendre, mais ils ne tardent pas à reprendre leur position dès qu'on les abandonne à eux-mêmes. Chez d'autres on observe des contractions irrégulières, de véritables *convulsions*, qui se reproduisent à des intervalles variables.

Pendant ce temps, la *sensibilité* est conservée, et quelquefois même *elle est exaltée* au point que toutes les parties affectées, et parfois même toutes les parties du corps, sont douloureuses au toucher. Chez quelques sujets, j'ai constaté que les mouvements un peu étendus, imprimés aux membres, causaient de la douleur dans les articulations. L'exaltation de la sensibilité doit être soigneusement notée, parce que, ainsi que nous l'avons vu en parlant du diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale, elle sert à faire distinguer le ramollissement, de cette affection.

Du côté des *sens*, on observe dans quelques cas ce qui suit : La *vue* est plus ou moins trouble ordinairement d'un seul côté, quelquefois des deux, ce qui annonce un double ramollissement ou une inflammation étendue à une assez grande partie de la superficie du cerveau.

Il est difficile de s'assurer de l'état de l'*ouïe*, à moins que, comme dans le cas que je viens de citer, le ramollissement ne porte sur les deux côtés ou ne soit très étendu ; car alors l'ouïe est dure, les deux oreilles étant affectées. Suivant M. Rostan, l'état de l'*odorat* et du *goût* est le même que celui des autres sens ; « le plus fréquemment, dit cet auteur, il existe une diminution de la sensibilité. » Cette proposition me paraît un peu trop explicite, car on n'a pas pu faire des expériences suffisantes pour s'assurer de la réalité du fait.

« La *langue*, dit le même auteur, est souvent embarrassée ; il faut néanmoins ajouter que la parole est moins souvent gênée, et a un degré beaucoup moins considérable qu'à l'époque où la paralysie est venue brusquement se joindre aux symptômes précédents. »

Après une plus ou moins longue durée de ces symptômes, il survient *tout à coup* une perte complète de connaissance dont la durée est variable suivant les cas ; et si l'on examine le malade, on trouve un membre ou plus fréquemment un côté du corps *paralysé*, soit du *mouvement et du sentiment à la fois*, soit seulement de la *motilité;* mais les muscles paralysés se contractent, d'après M. Duchenne (1), sous l'influence de l'excitation électrique. C'est cette *attaque apoplectique*, cette *attaque de ramollissement*, qui rattache à la forme apoplectique les cas que je viens de décrire, et qui sont très importants à connaître, parce qu'on peut les donner comme des types de cérébrite aiguë qu'on ne saurait pas plus confondre avec l'hémorrhagie cérébrale que ceux dont je vais m'occuper maintenant.

Enfin, comme je l'ai dit plus haut, M. Durand-Fardel a rattaché à la forme apoplectique certains cas qui présentent des symptômes semblables à ceux que je viens de décrire, mais dans lesquels la *perte de connaissance ne se produisant pas brusquement, il n'y a réellement pas apoplexie.*

Dans cette espèce, les symptômes s'étant succédé comme dans les cas précé-

(1) *Bull. gén. de thérap.*, 15 septembre 1852.

dents, on ne voit pas survenir d'attaque brusque, mais l'intelligence s'altère avec une rapidité variable, et une partie plus ou moins étendue du corps se paralyse peu à peu ; il y a des alternatives de contracture, de convulsions, de résolution, et, au bout d'un certain temps, la maladie se termine ordinairement par la mort, avec des symptômes communs à toutes les formes, et dont je dirai un mot plus tard.

2° *Forme ataxique*. La forme ataxique n'a généralement pas été bien décrite par les auteurs. M. Durand-Fardel, qui néanmoins attache beaucoup d'importance à la distinction de cette forme, n'a fait qu'en donner les éléments, sans insister sur sa description. Voici, d'après les observations rassemblées par cet auteur, les principaux traits de cette forme :

La plupart des sujets qui la présentent sont déjà, depuis un temps plus ou moins long, dans un état de santé peu satisfaisant. Elle se montre assez fréquemment dans des maladies aiguës diverses. La *céphalalgie*, une *incohérence plus ou moins grande dans les idées*, de l'*agitation*, surtout la nuit, sont les premiers symptômes qui se manifestent. Puis survient un *délire* variable, puis viennent les *convulsions*, la *roideur*, la *contracture des membres*, la distorsion de la bouche, etc., et au bout de quelque temps, un assoupissement, un *coma* plus ou moins profond ; enfin la connaissance se perd complétement, mais il n'y a pas toujours, à beaucoup près, *paralysie*, et si celle-ci se manifeste, c'est dans les derniers temps de l'existence, et à la suite de *convulsions* plus ou moins violentes, et parfois d'*attaques épileptiformes*.

Tels sont les symptômes qui appartiennent en propre à la cérébrite. Il en est quelques uns qu'on observe dans les divers appareils autres que l'appareil nerveux, et dont il importe de dire un mot.

3° *Symptômes communs aux diverses formes*. Du côté de la *respiration*, on ne voit d'abord rien de remarquable lorsque les symptômes de la maladie se montrent successivement ; mais quand il y a perte de connaissance et paralysie, quelle que soit la manière dont la maladie a débuté, on peut observer la *sterteur* et une gêne plus ou moins marquée de la respiration ; ces signes se montrent particulièrement dans les derniers jours de l'affection. Les autres phénomènes que peut présenter l'appareil respiratoire appartiennent à des complications.

Du côté de la *circulation*, on ne note souvent rien de remarquable dans les premiers temps de la maladie, quelle que soit sa forme. Dans quelques cas néanmoins, on observe un mouvement fébrile assez marqué. Le *pouls* est fort, dur, accéléré (90 à 100 pulsations). Dans les derniers temps de la maladie, il est ordinaire de voir le pouls augmenter de fréquence, tout en perdant de sa force et de son ampleur. Une élévation plus ou moins marquée de la température de *la peau* existe chez les sujets qui ont un certain mouvement fébrile ; elle s'accompagne de *moiteur*. Quelquefois la chaleur est plus prononcée au front. Dans les derniers moments, on voit la peau se couvrir presque toujours d'une sueur abondante.

Les *organes digestifs* offrent aussi quelques symptômes qui ne sont pas sans importance. On a cité le *vomissement* comme un des phénomènes les plus frappants du début du ramollissement cérébral. Suivant M. Durand-Fardel, ce symptôme serait lié à une circonstance tout éventuelle, c'est-à-dire la distension de l'estomac par les aliments au moment du début. De nouvelles recherches sont nécessaires à cet égard ; mais toujours est-il que le vomissement est beaucoup moins

important dans la cérébrite que dans la méningite. Chez quelques sujets on remarque, plusieurs jours avant que la maladie se soit bien caractérisée, de l'inappétence, de la plénitude vers la région stomacale, etc., mais ces symptômes n'offrent rien de particulier à cette maladie.

La *déglutition* est parfois difficile, ce qui tient soit au *trismus*, soit à la *paralysie du pharynx*; lorsque la paralysie de ce dernier organe est complète, ainsi que celle de l'œsophage, la déglutition devient impossible. Ces symptômes se montrent ordinairement vers la fin de la maladie, et les cas de ce genre sont ordinairement funestes.

Dans un certain nombre de cas on observe des *évacuations involontaires*, ce qui a lieu tantôt seulement au moment du début et de l'attaque apoplectiforme; tantôt, au contraire, vers la fin de la maladie, lorsque le ramollissement a marché graduellement; tantôt enfin depuis le moment de l'attaque jusqu'à celui de la mort. Il est plus fréquent de noter la *constipation* dans la première partie du cours de la cérébrite, et les *selles involontaires* dans la dernière.

La *rétention d'urine* n'est pas très rare dans la cérébrite, et c'est un fait que le médecin ne doit pas oublier. Les urines peuvent être rendues involontairement au moment de l'attaque; à une autre époque de la maladie, elles sont ordinairement rendues par regorgement; et il ne faut pas se laisser tromper par cette circonstance.

Presque tous les symptômes que je viens de mentionner appartiennent, comme on vient de le voir, aux derniers temps de la maladie, et par conséquent en les réunissant et en y joignant un *amaigrissement* qui n'est un peu marqué que dans les cas de longue durée, des *escarres au sacrum* dans un certain nombre de cas, et les phénomènes habituels de l'agonie, on complétera facilement le tableau de la maladie, quelle que soit sa forme. Quant à l'appréciation des principaux symptômes, elle appartient au diagnostic de l'affection.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

En exposant le début et la succession des symptômes, j'ai fait connaître en grande partie la *marche* de la maladie; j'ai seulement à ajouter ici que cette marche est généralement rapide et ordinairement croissante, sauf quelques améliorations passagères; que cependant il arrive quelquefois de voir, après des symptômes graves, une amélioration très notable se produire, puis les phénomènes prendre un nouvel accroissement, et emporter rapidement les malades. Quelquefois même ces alternatives de mal et de bien se multiplient, ainsi que j'en ai eu récemment un exemple chez un vieillard qui a succombé à un ramollissement à invasion graduelle, à l'Hôtel-Dieu annexe.

La *durée* de la *cérébrite aiguë* a été étudiée avec soin par M. Durand-Fardel. Elle varie beaucoup. On voit des sujets succomber en quelques heures. C'est ce que l'on n'observe que dans les cas où existe la forme apoplectique proprement dite, et les cas de ce genre se rapprochent de l'apoplexie sanguine foudroyante. Il est fréquent de voir la mort survenir au bout de six à huit jours; quelquefois l'affection ne se termine qu'au bout de vingt à trente jours; les cas de ce genre sont rares.

La question de la *terminaison* du ramollissement cérébral est une des plus importantes de son histoire, car il s'agit de décider si cette affection est ou n'est pas

curable. M. Rostan, tout en notant que les sujets observés par lui avaient tous succombé, n'avait pas perdu l'espoir de voir les progrès ultérieurs de l'observation conduire à un résultat moins affligeant. Bientôt, en effet, MM. Lallemand et Cruveilhier (1) firent connaître des cas dans lesquels la guérison de la maladie ne paraissait guère douteuse. Ces faits cependant n'entraînaient pas encore la conviction, puisqu'on en appelait à de nouvelles recherches, lorsque M. Dechambre (2) publia un travail très intéressant sur ce sujet, et mit hors de doute la possibilité de la guérison dans cette redoutable maladie. Pour ne pas se laisser tromper par les apparences, M. Dechambre a pris des cas dans lesquels les signes du ramollissement ne pouvaient être douteux ; dans toutes ses observations, la paralysie a marché graduellement, les autres symptômes ont également suivi une marche croissante, jusqu'à ce qu'il se soit manifesté une amélioration qui elle-même a été graduelle jusqu'à la cessation complète des accidents graves. Dans quelques uns des faits cités par cet auteur (ordre 2°), il a fallu, il est vrai, s'en rapporter aux souvenirs des malades ; mais ces souvenirs étaient précis, et d'ailleurs M. Dechambre en a recueilli d'autres qui se sont passés sous ses yeux, qui ont été observés avec soin, et auxquels on ne peut adresser aucune objection, car l'autopsie, après la mort causée par une affection intercurrente, a fait voir le travail de la cicatrisation plus ou moins avancé suivant les cas.

Lorsque la maladie se termine par la guérison, on voit l'intelligence revenir peu à peu ; les douleurs éprouvées par le malade se dissipent ordinairement avec promptitude, toutes les fonctions se rétablissent, à l'exception de la motilité, qui le plus souvent reste abolie ou au moins considérablement diminuée dans les membres paralysés, comme dans les cas d'apoplexie dont nous avons parlé dans le précédent article. Je pourrais même reproduire ici le tableau que j'ai présenté de ces sujets hébétés, balbutiant, sans parole, etc., mais ce serait une répétition inutile. Que la pulpe cérébrale ait été détruite par une hémorrhagie ou par un ramollissement, le résultat est le même, voilà seulement ce qu'il faut savoir ; les conséquences se tirent ensuite d'elles-mêmes. Je dirai tout à l'heure quelles sont les traces que laisse la maladie dans le cerveau. Les observations de M. Durand-Fardel sont venues confirmer celles de M. Dechambre relativement à la question qui nous occupe.

On doit donc admettre que la guérison de la cérébrite aiguë a lieu dans quelques cas ; mais il faut reconnaître aussi que ces cas sont rares, et malheureusement nous verrons, quand il sera question du traitement, que nous ne connaissons pas les circonstances essentielles dans lesquelles cette guérison a lieu, ce qui serait néanmoins le point le plus important. On peut dire d'une manière générale que la mort est la règle dans les cas de ramollissement inflammatoire aigu.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je ne m'étendrai pas longuement sur les lésions anatomiques, pour la description desquelles néanmoins les matériaux ne me manqueraient pas, car un bon nombre d'auteurs, parmi lesquels je citerai MM. Rostan, Lallemand, Andral,

(1) *Anatomie pathologique du corps humain*, XXI° livraison, in-folio, avec planches.
(2) *Mémoire sur la curabilité du ramoll. cérébr.* (*Gaz. méd.*, 19 mai 1838).

Carswell, Dechambre, Durand-Fardel, en ont fait l'objet des plus intéressantes recherches. Mais je dois me borner à dire ce qu'il y a de plus important sur ce point.

Le siége de la lésion est très variable, car on a trouvé le ramollissement inflammatoire aigu dans tous les points du cerveau. Cependant, d'après les relevés de M. Durand-Fardel, c'est dans les circonvolutions cérébrales qu'on l'observe ordinairement, et dans ce cas près d'un tiers des sujets ne présente de lésion que dans la substance grise. Viennent ensuite les divers points du cerveau à peu près dans l'ordre dans lequel se montre l'hémorrhagie cérébrale : ainsi les corps striés, les couches optiques, la protubérance.

La *couleur* du tissu ramolli a de l'importance. Elle varie suivant les époques de la maladie. A une époque rapprochée du début, elle est d'un rouge plus ou moins foncé, brune, lie de vin, etc. ; en un mot, elle présente les diverses nuances que peut lui donner une quantité surabondante de sang, comme tous les tissus enflammés. Plus tard cette coloration devient d'un jaune plus ou moins vif, verdâtre, grisâtre, et elle dépend alors de l'infiltration purulente.

La *consistance* varie aussi beaucoup, non seulement suivant l'ancienneté du mal, mais encore suivant les cas. A une époque très rapprochée du début, le tissu paraît plus dur qu'à l'état normal ; de là l'*induration rouge* dont les auteurs ont parlé, et qu'on observe dans tous les tissus enflammés. Plus tard ce tissu offre moins de résistance que les parties environnantes ; un filet d'eau versé sur le point ramolli opère une désagrégation des molécules et entraîne la substance cérébrale sous forme de grumeaux, laissant ce point du cerveau comme déchiqueté ; plus tard encore les grumeaux de la substance cérébrale sont détachés et baignés d'un liquide blanc grisâtre, jaunâtre, évidemment purulent. Quelquefois on ne trouve qu'une pulpe très molle, ce qui a été désigné par M. Durand-Fardel sous le nom de *ramollissement pulpeux* (1) ; enfin la maladie ayant encore fait des progrès, on voit la substance cérébrale s'écouler en partie d'elle-même, laissant une cavité dont les parois sont irrégulières et ramollies à une plus ou moins grande profondeur.

La *tuméfaction*, qui est un des caractères de l'inflammation dans les divers tissus, se montre aussi dans les points enflammés du cerveau. Si le ramollissement est superficiel, on voit, avant de l'inciser, une partie de sa surface faire une saillie plus ou moins considérable.

Il faut joindre à ces lésions des *adhérences* avec les membranes cérébrales, lorsque le ramollissement est voisin de la surface, et l'on peut rapprocher ces adhérences de celles qu'on trouve dans l'abdomen, par exemple, lorsqu'une inflammation superficielle occupe un organe tapissé par le péritoine. Si l'on veut enlever les membranes, on entraîne avec elles une portion de la substance cérébrale, qui se détache avec d'autant plus de facilité, qu'elle a perdu sa cohésion.

Dans les cas où le ramollissement a été causé par une lésion antérieure (cancer, tubercules), on trouve ces lésions plus ou moins avancées ; mais ce n'est pas ici le lieu de les décrire, et je passerai également sous silence les altérations des autres parties du cerveau qui n'ont pas une importance réelle.

Telles sont les lésions qu'il importe de connaître. Disons maintenant un mot de

(1) On verra plus loin (article *Ramollissement blanc*) ce qu'il faut penser de ce ramollissement pulpeux.

celles qui se montrent dans le cerveau, lorsque la cicatrisation est en voie de se faire, ou est complète. Dans les observations intéressantes de M. Dechambre, nous voyons d'abord la pulpe cérébrale qui enveloppe la portion ramollie reprendre sa coloration normale, puis la partie ramollie elle-même prendre un peu plus de consistance, et paraître dans l'organe comme une espèce de corps étranger. Plus tard on trouve une disposition décrite par cet auteur ainsi que par M. Durand-Fardel, qui lui donne le nom d'*infiltration celluleuse.* On voit au milieu de la pulpe cérébrale, qui a recouvré tous ses caractères normaux, un point plus ou moins étendu, occupé par des lamelles, des fibres celluleuses diversement entrecroisées, et dans lesquelles existe un liquide semblable à du lait de chaux. Il n'est pas douteux qu'avant qu'on eût étudié le ramollissement comme on l'a fait dans ces dernières années, on ait pris assez souvent ces lésions pour des cicatrices résultant d'hémorrhagies cérébrales ; mais les auteurs que je viens de citer, examinant attentivement les transformations que subit la pulpe cérébrale ramollie, ont démontré qu'il fallait, dans le plus grand nombre des cas, sinon dans tous, les rapporter à de véritables cicatrices de cérébrite circonscrite. Dans les cas de ce genre, après le ramollissement complet de la pulpe cérébrale, il y a eu résorption, molécule par molécule, de la partie malade.

Dans quelques cas on trouve des destructions considérables du cerveau ou du cervelet (on n'a pas perdu de vue que nous nous occupons à la fois du cerveau, du cervelet et de la protubérance), même chez des sujets qui n'ont pas offert de symptômes très graves pendant la vie. Je citerai en particulier celui qui a été observé par Combette, et dans lequel le cervelet était complétement détruit. M. Louis a vu une portion très considérable du lobe moyen du cerveau entièrement détruite chez un sujet qui avait présenté pour principal symptôme des attaques épileptiformes.

M. Lallemand a fortement insisté sur une terminaison particulière du ramollissement, qui consiste dans une *induration* de la partie enflammée. La pulpe cérébrale a, dans ces cas, acquis une consistance notablement plus grande, et sa coloration est altérée de manière à la faire ressembler quelquefois à du fromage de Gruyère.

§ VI. — Rapport des lésions et des symptômes.

M. Durand-Fardel a expliqué de la manière suivante la succession des symptômes que nous avons exposés plus haut : Lorsque la forme apoplectique se montre avec tous ses caractères dès le début, c'est qu'il s'est fait une congestion sanguine rapide, consistant dans une injection considérable, ou même dans une *infiltration sanguine*, à la suite de laquelle le ramollissement s'est produit. Si, au contraire, on voit les symptômes se succéder graduellement sans perte subite de connaissance, c'est que l'injection s'est faite lentement, comme dans les inflammations ordinaires.

Si maintenant nous recherchons quel est le *rapport des symptômes avec le siége de la lésion*, nous voyons que dans la cérébrite, comme dans l'apoplexie sanguine, la paralysie, et en général tous les troubles du mouvement, se montrent du côté opposé à celui du cerveau où se trouve la lésion. Cependant il faut dire qu'on a cité un plus grand nombre d'exceptions dans les cas de ramollissement cérébral

que dans ceux d'hémorrhagie. Quelques uns de ces cas sont contestables, d'autres paraissent avoir été observés avec la plus grande attention. Du reste, ces exceptions paraissent inexplicables. Toutefois il faut dire que M. Longet (1) ayant plusieurs fois eu l'occasion d'étudier des bulbes rachidiens et des protubérances dans lesquels l'*entrecroisement des fibres médullaires était à peine appréciable*, ces anomalies lui ont paru expliquer bien mieux les paralysies directes que toutes les hypothèses auxquelles on avait eu recours.

Nous n'avons rien à dire de particulier relativement à l'inflammation et au ramollissement du cervelet. Quant au ramollissement de la *protubérance annulaire*, s'il occupe une grande étendue de cette partie de l'organe, il produit la paralysie générale. M. Bouillaud (2) a soutenu que l'inflammation des lobes antérieurs du cerveau produisait la perte de la parole, mais les observations des autres auteurs ont fait voir que cette opinion est contestable dans les cas de ramollissement comme dans ceux d'apoplexie.

Je tiens de M. Louis (3) que dans une vingtaine de cas dans lesquels le ramollissement occupait le corps strié, il a trouvé presque toujours que le ramollissement s'était annoncé par une perte subite de connaissance (forme apoplectique proprement dite). Les autres auteurs ne paraissent pas avoir fixé leur attention sur ce fait qui est important, car il rapproche encore davantage le ramollissement dont il s'agit de l'hémorrhagie cérébrale, puisque nous savons que cette affection a pour siége de prédilection les corps striés.

L'étendue du ramollissement a nécessairement une influence considérable sur les symptômes. Si, par exemple, l'inflammation occupe une grande partie de deux lobes du cerveau, on voit que la perte de connaissance est complète à une époque plus ou moins éloignée suivant les cas, et que les altérations de la sensibilité et de la motilité sont générales. Je ne parle pas de ces destructions complètes d'une partie considérable du cerveau ou du cervelet, dont j'ai cité des exemples ; ce sont des exceptions curieuses, mais sans importance réelle pour le praticien.

Lorsque le ramollissement occupe une très grande étendue, il envahit ordinairement la substance grise en surface. C'est dans ces cas qu'en enlevant les membranes, on enlève avec elles de nombreuses portions de la substance cérébrale. Mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, les cas de ce genre sont toujours secondaires et sous la dépendance d'une méningite. Suivant M. Calmeil néanmoins (4), il serait impossible d'affirmer que dans ces cas c'est la méningite qui est primitive ; mais si l'on compulse les observations, on en voit un trop grand nombre dans lesquelles l'inflammation des membranes est évidemment la maladie principale, pour qu'on puisse conserver des doutes sur ce point. Il y aura, il est vrai, des cas dans lesquels on sera embarrassé pour établir la succession des lésions, mais ce que l'on observe dans le plus grand nombre suffit pour lever la difficulté.

Je n'insisterai par conséquent pas sur les faits de ce genre.

(1) *Traité d'anat. et de physiol. du système nerv.*, etc. Paris, 1842.

(2) *Arch. de méd.*, 1825, t. VIII, p. 25. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1839, t. IV, p. 282 ; 1838, t. XIII, p. 699.

(3) *Recherches inédites.*

(4) *Dict. de méd.*, article ENCÉPHALITE.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Pour le diagnostic de la cérébrite, ou ramollissement inflammatoire aigu, il faut nécessairement distinguer, comme nous l'avons fait pour les symptômes, la forme apoplectique et la forme ataxique.

Je n'aurais rien d'important à ajouter, relativement à la *forme apoplectique*, à ce que j'ai dit dans l'article précédent sur le diagnostic de l'hémorrhagie cérébrale et du ramollissement du cerveau ; je ne peux mieux faire, par conséquent, que de renvoyer le lecteur au passage où j'ai traité cette question intéressante (1). J'ajouterai seulement ici que relativement à ces ramollissements, qui ont été placés par M. Durand-Fardel dans la forme apoplectique, quoiqu'il n'y ait pas perte subite de connaissance, il ne saurait y avoir la moindre incertitude.

C'est avec la *méningite* qu'on pourrait principalement confondre la cérébrite à forme ataxique, et, dans ce cas encore, le diagnostic est souvent très difficile, ainsi que l'a remarqué M. Durand-Fardel. Cependant, si l'on considère, avec cet auteur, que le ramollissement se montre particulièrement chez les vieillards, tandis que la méningite est incomparablement plus fréquente dans l'enfance, on trouvera, dans cette circonstance, un moyen de porter un diagnostic probable. En outre, le même auteur a remarqué que dans le ramollissement, les convulsions, la roideur, la contracture, le tremblement, les douleurs étaient, plus fréquemment que dans la méningite, bornés à un seul membre ou à un seul côté du corps. On voit qu'il reste encore beaucoup à faire pour donner à ce diagnostic toute la précision désirable.

Quant aux autres affections avec lesquelles on a cru que l'on pourrait confondre le ramollissement cérébral, je ne crois pas devoir m'en occuper ici, parce que ce diagnostic n'a pas d'importance réelle.

Pronostic. Ce que j'ai dit à propos de la terminaison de la maladie me dispense d'entrer dans de grands détails sur son pronostic. C'est une affection des plus graves ; et lorsque, après les premiers accidents, le pouls conserve sa fréquence ou s'accélère en même temps qu'il devient petit et faible, lorsque les selles deviennent involontaires, quand il y a résolution des membres, on doit s'attendre à une mort prochaine. Il est à peine nécessaire d'ajouter que la gravité du pronostic est en raison directe de l'étendue de la lésion.

§ VIII. — Traitement.

Nous n'avons que des données fort incertaines sur le traitement de cette grave affection. On a, il est vrai, exposé diverses indications d'après les idées qu'on s'est faites de la nature de la maladie, mais nous n'avons pas un nombre de faits suffisant pour nous faire apprécier l'efficacité des moyens proposés. Les cas mêmes qui ont servi à démontrer la curabilité de la maladie ne nous fournissent pas sur ce point des données positives. M. Durand-Fardel a, il est vrai, cité trois observations qui tendent à démontrer les bons effets d'un traitement antiphlogistique appliqué avec énergie ; mais ce petit nombre de cas est encore très insuffisant, surtout si l'on songe que d'autres faits ont prouvé que le ramollissement inflammatoire a

(1) Voy. article *Hémorrh. cérébrale*.

quelquefois de la tendance à guérir spontanément. Ces considérations feront comprendre pourquoi j'expose très rapidement les médications suivies dans cette maladie. Avec M. Rostan, je diviserai le traitement en curatif et en prophylactique.

1° *Traitement curatif.* Les *émissions sanguines* sont conseillées par tous les auteurs; on les met en usage à peu près comme dans l'hémorrhagie cérébrale, et avec plus ou moins d'énergie, suivant la force des sujets; puis on administre des *purgatifs* peu violents (les sels neutres, la manne, le séné, l'huile de ricin, etc.). En même temps on donne des *boissons délayantes et adoucissantes*, et la plupart des auteurs recommandent les *applications froides sur la tête*, comme dans l'hémorrhagie cérébrale.

On a conseillé aussi de rechercher s'il existait un exanthème, un exutoire, un écoulement chronique, une hémorrhagie qui se seraient supprimés, afin de les rétablir ou d'y suppléer par les moyens connus.

Ce n'est qu'à une époque assez avancée de la maladie, et lorsque les accidents inflammatoires se sont calmés, que l'on emploie les *topiques irritants*, les *frictions excitantes*, les *exutoires* aux environs du siége du mal ou dans un point plus ou moins éloigné. En même temps on administre quelques *toniques* à l'intérieur et quelques *excitants diffusibles.* Enfin, s'il existe quelque complication, on lui oppose des moyens de traitement d'autant plus actifs qu'on la regarde comme étant plus intimement liée au ramollissement cérébral.

M. le docteur Privat (de Campagnac) (1) a rapporté trois observations dans lesquelles on voit les sujets guéris après avoir eu de la céphalalgie, des convulsions, et un état d'insensibilité complète, phénomènes qui ont porté l'auteur à regarder l'affection, dans ces cas, comme une encéphalite des plus graves. La guérison a été obtenue à l'aide de *frictions mercurielles*, faites avec *gros comme une noix d'onguent mercuriel double*, *toutes les heures*, chez l'adulte, *et gros comme une noisette seulement*, chez les enfants de trois ans à trois ans et demi.

Bien que la grande difficulté du diagnostic puisse inspirer quelques doutes sur la nature de la maladie dans ces cas, ces faits méritent d'être connus du praticien.

2° *Traitement préservatif.* Le traitement préservatif est tellement semblable à celui de l'apoplexie, que nous avons à peine quelques mots à en dire. Il consiste principalement dans des *précautions hygiéniques* qui tendent à soustraire le cerveau à toutes les causes de congestion; et s'il survient quelques symptômes qui puissent faire craindre un commencement de congestion sanguine, surtout chez un sujet avancé en âge, comme la céphalalgie, les étourdissements, la pesanteur, le fourmillement des membres, etc., on doit, ainsi que le recommande M. Durand-Fardel, employer des moyens presque aussi actifs que si le ramollissement s'était déclaré. Voilà tout ce que nous pouvons dire sur ce sujet, en attendant que l'expérience nous ait fourni des données plus précises.

2° CÉRÉBRITE CHRONIQUE (RAMOLLISSEMENT INFLAMMATOIRE CHRONIQUE).

Je n'ai guère à m'occuper dans cet article que de la symptomatologie du ramollissement inflammatoire chronique; sous tous les autres rapports, en effet, je n'aurais rien de particulier à dire, soit qu'on n'ait pas étudié le ramollissement

(1) *Bull. gén. de thérap.*, 1848.

chronique à part, soit que les observations ne nous aient rien appris qui soit propre à cette forme.

Les *causes* du ramollissement chronique n'ont pas été recherchées particulièrement, ainsi que je l'ai fait remarquer, et cependant ce n'eût pas été une recherche inutile.

Symptômes ; marche. Si nous examinons avec un peu de soin les observations de ramollissement chronique telles qu'elles nous ont été présentées par les auteurs, nous voyons que, sauf la longue durée des accidents et l'aspect des lésions anatomiques, il n'y a pas de très grandes différences entre la manière dont se manifestent le ramollissement chronique et le ramollissement aigu. Aussi n'entrerai-je pas dans de grands détails à ce sujet.

Dans un certain nombre de cas, le ramollissement chronique succède à la cérébrite aiguë de forme apoplectique. Alors, après les premiers accidents que nous avons décrits plus haut, on voit la maladie suivre une marche chronique ; la paralysie persiste ; l'intelligence ne revient qu'incomplétement ; il y a des douleurs de tête, des douleurs dans les membres, et ces phénomènes persistant, le malade succombe avec des symptômes semblables à ceux qui marquent la terminaison du ramollissement aigu.

Dans des cas plus nombreux encore, il y a des retours plus ou moins fréquents de l'état aigu, avec perte subite de connaissance, ou bien agitation, délire, etc., et, dans les intervalles, les symptômes du ramollissement reprennent la marche chronique que je viens d'indiquer.

Enfin quelquefois on voit des sujets présenter pendant un temps assez long des symptômes qu'il est difficile de rattacher à une maladie bien déterminée. Ils deviennent irascibles, moroses ; leur intelligence perd de sa lucidité ; ils s'affaiblissent, mais sans qu'aucun de ces phénomènes soit vraiment caractéristique ; puis les symptômes de la cérébrite se déclarent avec violence et emportent rapidement les malades. C'est là en quelque sorte un cas inverse de celui que j'ai mentionné d'abord, et dans lequel le ramollissement chronique succède au ramollissement aigu : ici, au contraire, c'est une cérébrite chronique qui se termine par une cérébrite aiguë.

Enfin on a vu des ramollissements chroniques bien manifestes à l'autopsie, et qui n'avaient donné aucun signe positif pendant la vie. C'est là le *ramollissement latent.*

Les *lésions anatomiques* propres au ramollissement chronique sont des *plaques jaunes* consistantes qui se montrent dans les circonvolutions ; l'ulcération de ces circonvolutions ; la destruction de la substance médullaire. Quant à la suppuration, aux adhérences, elles sont telles que nous les avons indiquées à propos du ramollissement aigu, sauf quelques nuances qu'il serait inutile de mentionner.

M. Durand-Fardel a, sous le nom de *ramollissement pulpeux*, décrit une altération dont l'origine inflammatoire ne me paraît pas parfaitement démontrée. J'en parlerai à l'article *Ramollissement blanc.*

Le *diagnostic* du ramollissement chronique doit s'établir sur les mêmes bases que celui du ramollissement aigu ; seulement il faut dire qu'il est en général beaucoup plus facile. Dans les cas où il survient de nombreuses recrudescences, on peut croire à l'existence de ces hémorrhagies successives et nombreuses dont j'ai

cité des exemples plus haut ; le diagnostic est alors le même que dans les cas dont j'ai si souvent parlé, et je renvoie les lecteurs au diagnostic de l'apoplexie sanguine.

Il n'y a rien à ajouter à ce que nous avons dit plus haut sur le *pronostic* et sur le *traitement*. L'affection, en effet, n'a pas été envisagée d'une manière particulière, sous ces deux points de vue, par les observateurs.

J'ajoute seulement que chez une femme qui depuis trois mois offrait les symptômes d'un ramollissement cérébral qui faisait chaque jour des progrès, M. Devay (1) ayant reconnu sur le tibia une exostose syphilitique prescrivit un *traitement antisyphilitique*, qui fut suivi d'une prompte guérison ; mais on se demande si, dans ce cas, il n'y avait pas simplement une compression du cerveau par une exostose.

ARTICLE V.

RAMOLLISSEMENT BLANC (*ramollissement non inflammatoire de quelques auteurs*).

C'est une question en litige que celle de savoir s'il existe un ramollissement non inflammatoire. M. Rostan (2) n'hésite pas à regarder certains ramollissements comme non inflammatoires, quoiqu'il ait parfaitement reconnu et démontré que, dans un bon nombre de cas, cette affection est réellement une inflammation du cerveau. Voici comment il s'exprime sur ce point : « Malgré, dit-il, toutes les raisons que nous venons de donner en faveur de la nature inflammatoire du ramollissement cérébral, nous ne saurions croire qu'il soit constamment l'effet d'une inflammation : d'abord, parce que, dans le plus grand nombre des circonstances, il n'existe aucun des signes qui caractérisent cet état ; la diminution de contractilité et de sensibilité, la paralysie, la stupeur, l'inertie de l'intelligence, sont des symptômes infiniment plus fréquents que les phénomènes contraires, c'est-à-dire que la contracture, les douleurs des membres, le délire. Ces derniers annoncent sans doute une exaltation dans les propriétés dites vitales du cerveau ; mais les premiers, qui sont plus ordinaires, indiquent une altération d'une nature tout opposée ; souvent il n'a pas existé de douleurs de tête ; la couleur de la substance du cerveau n'est nullement changée ; il n'existe aucune tuméfaction ni aucun symptôme fébrile ; il nous semble impossible alors d'admettre que ce soit une phlegmasie. Enfin cette altération arrive chez des vieillards et dans des circonstances entièrement opposées à celles qui donnent naissance aux phlegmasies. »

Abercrombie partage l'opinion de M. Rostan, et pense que, dans un certain nombre de cas, il existe une *gangrène du cerveau*, occasionnée elle-même par une oblitération des vaisseaux. Récemment M. Bouchut (3) a cité des cas en faveur de cette opinion. M. Lenoir (4) a rapporté trois observations dans lesquelles le ramollissement coïncidait avec une gangrène des extrémités produite par l'oblitération des artères. Le docteur Robert Law (5) a également attribué à la suspension de la circulation dans un point du cerveau un certain nombre de ramollissements.

(1) *Gaz. méd. de Lyon.* et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er juillet 1851.
(2) *Loc. cit.*, p. 185.
(3) *Ann. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris,* 1850.
(4) *Thèses.* Paris, 1837.
(5) Voyez *Gaz. méd.*, 1840.

On a fait encore remarquer que, dans les ramollissements de ce genre, la substance cérébrale ne présente pas de destruction proprement dite, et que, sauf une diminution de consistance plus ou moins considérable, et une décoloration marquée, il n'y a pas de lésions profondes de la pulpe nerveuse. C'est là ce que M. Durand-Fardel a désigné sous le nom de *ramollissement pulpeux*. En outre, on a constaté que ces ramollissements sont moins bien circonscrits que les autres; qu'ils se produisent à la fois, et souvent au même degré, dans plusieurs parties distinctes de l'organe cérébral; qu'enfin cette espèce de ramollissement est liée fréquemment à un épanchement séreux ou séro-purulent des ventricules, de sorte qu'on peut l'attribuer à une simple infiltration.

M. Lallemand, et plus tard M. Durand-Fardel, ont soutenu au contraire la nature constamment inflammatoire du ramollissement. Ils se sont fondés particulièrement sur ce que des ramollissements évidemment inflammatoires à leur début, et présentant une coloration rouge ou jaunâtre, ont pris dans quelques points un aspect à peu près semblable à celui du ramollissement blanc; mais cette raison ne paraît pas suffisante pour tous les cas, et l'on cherche vainement dans le ramollissement pulpeux décrit par M. Durand-Fardel des signes évidents d'inflammation, soit pendant la vie, soit après la mort. Cet auteur lui-même a rapporté un certain nombre de cas dans lesquels le ramollissement n'a montré aucun signe anatomique d'inflammation, quoique les malades aient succombé à une époque rapprochée du début; en sorte que, dans l'état actuel de la science, et malgré les faits intéressants rapportés par MM. Bricheteau, Moulin, Georget, Foville, etc., on ne peut guère s'empêcher de se ranger à l'opinion émise par M. Rostan, et admise plus tard par MM. Carswell et plusieurs autres auteurs.

Maintenant devons-nous exposer en détail la description du ramollissement blanc non inflammatoire? C'est ce que nous ne pourrions pas faire avec les données fournies par la science, car on a eu le tort de ne pas considérer à part les faits de ce genre. Il faut donc nous en tenir, relativement à la symptomatologie et à l'anatomie pathologique, aux quelques mots que nous avons dits plus haut à propos des faits rapportés par M. Rostan et du ramollissement pulpeux décrit par M. Durand-Fardel.

Quant au traitement de ces cas particuliers, on ne peut en rien dire, si ce n'est qu'on doit être plus sobre des moyens antiphlogistiques dans les cas où la débilité des sujets et le peu d'activité des symptômes font penser qu'il n'existe pas d'inflammation.

Sous le nom de *ramollissement blanc aigu essentiel chez les enfants*, le docteur Duparcque (1) a publié cinq observations, dont l'une empruntée à M. le docteur Deslandes, et présente ainsi l'histoire de cette affection :

« 1° *Causes prédisposantes et déterminantes :* intelligence précoce ou développée; fatigues intellectuelles; émotions morales profondes ou vives.

» 2° *Symptômes propres : céphalalgie* avec *somnolence ; intégrité des fonctions intellectuelles; exaltation des sens spéciaux, de la sensibilité générale ; apyrexie* et même *ralentissement de la circulation.*

» 3° *Symptômes négatifs :* absence de délire, de convulsions, de contraction;

(1) *Arch. gén. de méd.*, février 1852.



symptômes qui sont liés au ramollissement dû aux inflammations méningiennes ou encéphaliques ; absence d'assoupissement, de perte plus ou moins complète des fonctions intellectuelles, de paralysie, etc., symptômes qui appartiennent inévitablement au ramollissement par infiltration séreuse, ou sanguine, ou purulente (congestion, encéphalite, apoplexie, hydrocéphalie).

» 4° Exhibition par la nécropsie du ramollissement seul à l'exclusion de toute autre altération ou lésion anatomique.

» 5° Les *émissions sanguines* doivent être écartées, à moins de circonstances particulières.

» L'intermittence qui a été constante au début place en premier lieu le *sulfate de quinine*. Les *bains tièdes*, les *affusions froides sur la tête*, les *applications locales d'éther*, de *chloroforme*, les *opiacés*, les *dérivatifs cutanés* et *intestinaux*. Il faut ajouter que rien n'a encore prouvé d'une manière certaine l'efficacité de ce traitement. »

Ces faits méritent de fixer l'attention des observateurs, et c'est pourquoi j'ai présenté ce résumé.

ARTICLE VI.

ABCÈS DU CERVEAU.

M. Lallemand (1) est, de tous les auteurs, celui qui a étudié avec le plus de soin les abcès du cerveau que j'ai cru devoir décrire à part, parce que ces collections purulentes, parfaitement circonscrites et ordinairement enkystées, présentent quelques phénomènes qui leur sont propres.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom d'*abcès du cerveau* à des foyers dans lesquels le pus est rassemblé sans mélange, soit qu'un kyste l'environne, soit que la substance cérébrale plus ou moins ramollie en forme les parois. Il est évident que c'est là une forme de la cérébrite ; aussi, je le répète, n'ai-je considéré à part cette altération que parce que, sous le rapport des symptômes aussi bien que de l'anatomie pathologique, il y a quelques particularités qui ne sont pas sans importance.

Ces abcès ont été indifféremment décrits sous les noms d'*encéphalite*, de *cérébrite*, de *suppuration du cerveau*, etc.

Il est bien plus rare d'observer dans l'organe cérébral un abcès parfaitement circonscrit qu'un ramollissement avec suppuration ; cependant nous en possédons un assez grand nombre d'exemples.

§ II. — Causes.

Les *causes* de cette affection ne diffèrent pas sensiblement de celles du ramollissement inflammatoire ; toutefois il faut reconnaître qu'on l'observe plus fréquemment que celui-ci à la suite de *violences extérieures* et chez des sujets *jeunes et vigoureux*. On l'a constaté quelquefois *à la suite de quelques opérations* faites sur une partie du corps éloignée de l'encéphale. J'ai vu à la Charité un abcès considé-

(1) *Rech. anat.-pathol. sur l'encéphale*, t. I, p. 323.

rable du cerveau qui s'était produit chez une jeune femme à laquelle on avait pratiqué l'amputation du gros orteil. Enfin il n'est pas de circonstance dans laquelle les abcès du cerveau surviennent plus fréquemment qu'à la suite de la *suppression d'un écoulement chronique de l'oreille;* c'est un fait parfaitement constaté par de nombreuses observations.

§ III. — Symptômes.

Parmi les *symptômes* des abcès du cerveau, il n'en est aucun qui ait une plus grande importance que la *céphalalgie.* La douleur de tête est vive, persistante, elle arrache des plaintes continuelles aux malades, qui portent presque constamment la main à leur tête, se compriment le front et prennent des positions souvent bizarres, dans l'espoir d'échapper à cette douleur. Cependant lorsque la maladie dure un certain temps, il arrive un moment où cette douleur se calme et quelquefois disparaît entièrement.

L'*intelligence* est altérée, au moins à une certaine époque de la maladie; mais ce symptôme varie : parfois il y a un délire bruyant, plus souvent c'est un délire tranquille, et dans quelques cas on n'observe qu'une obtusion marquée de l'intelligence. Les malades ont l'air hébété, ils ne répondent pas aux questions, et ils ne font que se plaindre de leur douleur de tête. Au reste, ce symptôme varie aux diverses époques de la maladie, et l'on voit souvent l'hébétement succéder à l'agitation et au délire.

Du côté du *mouvement*, on observe tantôt des convulsions, des accès épileptiformes, de la contracture; tantôt une paralysie plus ou moins complète; quelquefois, comme j'en ai vu récemment un exemple, il n'y a ni l'un ni l'autre de ces symptômes, et les malades ne présentent qu'une lenteur marquée des mouvements coïncidant avec l'hébétude. La paralysie ne vient ordinairement pas d'une manière subite, mais bien peu à peu, et elle succède souvent aux convulsions. Quand elle existe, l'action d'un courant électrique *fait*, d'après M. Duchenne (1), *entrer les muscles en contraction*, ce qui n'a pas lieu dans d'autres paralysies que je décrirai plus loin.

La *sensibilité* est loin d'être toujours diminuée; lorsqu'il en est ainsi, sa diminution coïncide avec la paralysie.

M. le docteur R. Thomson (2) a rapporté un cas d'abcès du cerveau communiquant avec le conduit auditif externe, et dans lequel il n'y eut ni coma, ni paralysie, ni perte de l'intelligence. C'est sans aucun doute à la facilité que trouvait le pus à s'échapper par l'oreille, et au défaut de compression du cerveau qu'il faut attribuer l'absence de ces symptômes.

Les symptômes observés du côté des autres organes sont très variables et n'ont pas été étudiés avec beaucoup d'attention. Parfois il existe une fièvre assez violente (élévation de la chaleur de la peau, accélération du pouls, rougeur de la face, etc.); dans un certain nombre de cas, au contraire, il n'y a pas de mouvement fébrile, au moins pendant un temps assez long, et la phlegmasie du cerveau est alors dans le cas de celle de plusieurs autres organes qui constitue un mal tout à fait local.

Du côté du *tube digestif* on observe parfois des vomissements et de la constipa-

(1) *Bull. gén. de thér.*, 15 septembre 1852.
(2) *Provincial med. and surgical Journ.*, 1845.

tion, mais ces symptômes sont loin d'être constants. La *respiration* ne présente ordinairement rien de remarquable.

La description de ces symptômes manque évidemment de précision, mais on ne peut pas en présenter une autre dans l'état actuel de la science, et nous allons voir, en parlant des altérations du cerveau qui nous restent à décrire, que nous les connaissons tout aussi imparfaitement, et que si nous avons eu beaucoup de peine à tracer un diagnostic probable entre certains cas d'hémorrhagie cérébrale et de ramollissement, nous serons bien plus embarrassés encore pour toutes les autres affections.

On a cherché à distinguer par des signes positifs les abcès du cerveau, suivant qu'ils sont le résultat d'une des causes indiquées plus haut et qu'ils ont un siége particulier dans le cerveau. Ce serait un tort de croire qu'on est arrivé à des résultats précis; cependant je dois dire quelques mots de l'affection envisagée sous ce point de vue.

On a remarqué que les *abcès du cerveau par violence extérieure* ont des symptômes plus aigus, et qu'après l'agitation et le délire, la paralysie survient ordinairement avec assez de promptitude. Les *abcès par suite d'altération des parois osseuses du crâne* ont des symptômes moins violents. Quant à *ceux qui se produisent à la suite de la suppression d'un écoulement otorrhéique*, ils font des progrès lents et insidieux, et les symptômes en sont peu tranchés. Reconnaissons toutefois qu'il n'y a pas de règle fixe à cet égard.

Il résulte d'un certain nombre de faits que les *abcès occupant la substance grise des circonvolutions* sont plus remarquables que les autres par le délire et l'agitation qu'ils occasionnent; que la contracture et les convulsions se montrent principalement *lorsque l'abcès a son siége dans la substance grise en général*, et que la paralysie est un symptôme qui appartient plus particulièrement aux *abcès de la substance blanche. Si la collection purulente occupe la protubérance*, elle peut donner lieu à la paralysie générale; en pareil cas, le centre ou la presque totalité de l'organe est le siége de la lésion; mais *si l'abcès est borné à un seul côté*, il y a hémiplégie du côté opposé. M. Andral (1) a cité un cas d'*abcès du cervelet* occupant un des lobes de l'organe; la paralysie avec contracture se montra du côté opposé.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est en général continue et assez rapide. Cependant on voit, dans un certain nombre de cas, le mal, après avoir présenté des symptômes très violents, paraître s'arrêter, et le malade recouvrer en partie l'intégrité de ses fonctions. J'en ai eu récemment un exemple sous les yeux. Toutefois il est bien rare que les sujets recouvrent complétement leur intelligence. Celui dont je viens de parler entendait parfaitement les questions, il savait ce qu'il fallait y répondre, mais les expressions ne lui venaient pas, et de là de vifs mouvements d'impatience. Ensuite, au bout d'un temps variable, le mal fait de nouveaux progrès et emporte les malades.

Suivant les relevés de M. Calmeil (2), il est bien rare que la maladie dure plus de deux mois; parfois elle cause la mort en peu de jours.

(1) *Clin. méd.*, t. V, p. 703.
(2) *Dict. de méd.*, ABCÈS DE L'ENCÉPHALE.

On n'a pas encore cité d'exemple authentique de collection purulente qui se soit terminée spontanément par la guérison. On a quelquefois procuré cette guérison en pratiquant l'ouverture de l'abcès dans l'intérieur du cerveau ; mais cela n'a été fait que dans des cas où la collection purulente avait été déterminée par une violence extérieure.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les abcès proprement dits du cerveau sont caractérisés par une accumulation de pus ordinairement bien lié, parfois floconneux, blanc, grisâtre, verdâtre ; ayant habituellement une odeur fade, quelquefois fétide ; presque toujours épais, lié, filant, comme le pus des abcès des autres parties du corps.

Les parois de la cavité qui contient ce liquide méritent une mention particulière. Fréquemment il se forme autour du foyer un kyste pseudo-membraneux, tomenteux à sa surface interne, plus ou moins dense à sa surface contiguë à la substance cérébrale environnante, de couleur rougeâtre plus ou moins foncée ou violacée. Autour, la pulpe cérébrale a ordinairement perdu sa consistance ; elle est quelquefois évidemment enflammée, et quelquefois aussi elle présente les caractères du ramollissement blanc décrit plus haut.

Dans les cas où l'abcès n'est pas enkysté, les parois sont irrégulières, présentent souvent des points rougeâtres et sont plus ou moins ramollies. La collection purulente, ordinairement d'une abondance médiocre, est dans quelques cas très considérable, puisqu'on a vu jusqu'à 90 grammes de pus et plus encore dans un seul abcès.

On trouve, chez certains sujets, plusieurs abcès dans des siéges plus ou moins éloignés ; le plus souvent il n'en existe qu'un seul dans la pulpe cérébrale. Lorsqu'ils sont très près des membranes, celles-ci présentent ordinairement des adhérences et d'autres traces d'inflammation. Dans les cas de violence extérieure, on voit sur le crâne, sur les membranes, des traces semblables, suites de la lésion traumatique. Il en est quelquefois de même dans les cas d'otorrhée supprimée, parce que celle-ci était produite par une lésion du rocher ou des parties environnantes ; mais ce n'est pas là, à beaucoup près, une règle sans exception. On a cité des cas où des abcès sont survenus à la suite de la suppression d'un écoulement d'oreille, sans qu'il y eût aucune lésion des os ni des membranes qui les recouvrent, et celui dont j'ai parlé plus haut est de ce nombre.

Cette simple indication des lésions est très suffisante pour l'intelligence de ce sujet, bien moins intéressant, dans l'état actuel de la science, pour le praticien que pour l'anatomo-pathologiste.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Il serait inutile d'insister longuement sur le diagnostic de cette maladie, qui est nécessairement très incertain. Voici les circonstances qui peuvent guider le médecin. Si, à la suite d'une violence extérieure, après les premiers symptômes, et après une agitation assez vive, il survient une paralysie, on peut soupçonner une collection purulente. Il en est de même dans les cas où une céphalalgie vive et persistante succède à la suppression d'un écoulement chronique de l'oreille ; si, dans ces cas, l'intelligence devient très obtuse, et si une paralysie se déclare, le diagnostic acquiert

un assez grand degré de probabilité. Voilà tout ce que nous savons de plus positif.

De ce que j'ai dit de la terminaison de la maladie, on doit conclure que le *pronostic* est des plus graves.

§ VII. — Traitement.

J'ai bien peu de chose à dire du traitement. Il est à très peu près le même que celui du ramollissement inflammatoire, affection qui, ainsi que je l'ai reconnu plus haut, pourrait à la rigueur ne pas être distinguée de celle qui nous occupe, car il s'agit toujours de l'inflammation du cerveau. On a quelquefois, comme je l'ai fait remarquer, pratiqué avec succès l'*ouverture du foyer purulent* dans les cas d'abcès traumatiques; mais l'incertitude du diagnostic, considéré d'une manière absolue, et celle non moins grande qui règne sur le siége positif des collections purulentes, ont nécessairement éloigné toute idée d'opération dans les cas d'abcès survenus spontanément.

Le peu de données positives sur le diagnostic, l'absence de toute particularité importante sur le traitement, l'inutilité même de tous les traitements employés jusqu'à ce jour, sont des excuses suffisantes pour la rapidité avec laquelle je glisse sur cette affection, et à plus forte raison ces considérations m'autoriseront-elles à ne m'étendre que très peu sur les autres lésions du cerveau que j'ai encore à exposer. Nous allons voir, en effet, les incertitudes s'accroître, et l'incurabilité ne plus offrir le moindre doute. Dans un ouvrage pratique on doit nécessairement sacrifier ces affections, qui n'ont qu'un intérêt d'anatomie pathologique, pour pouvoir entrer dans tous les détails que comportent les maladies bien étudiées, et dans lesquelles le traitement a une action, quelque légère qu'elle soit.

ARTICLE VII.

CANCER DU CERVEAU.

Parmi toutes les affections dont je viens de parler, et qui ne méritent pas de grands développements, le cancer du cerveau et du cervelet tient sans contredit la première place. Sauf son caractère de chronicité, qui sépare cette maladie de la plupart de celles que nous avons étudiées plus haut, et cette circonstance qu'un cancer apparent peut se montrer et se montre souvent dans une autre partie du corps, on n'a, en effet, pour se guider dans le diagnostic de cette maladie incurable, rien de certain, rien de positif (1).

Le cancer du cerveau est une affection rare. La science en possède néanmoins un certain nombre d'observations, mais c'est uniquement parce qu'elles ont été recueillies avec empressement.

On a voulu rattacher cette maladie à l'encéphalite diffuse et à quelques autres inflammations de l'encéphale ; mais on n'a fourni aucune preuve convaincante en faveur de cette opinion.

Les *symptômes* du cancer du cerveau sont les suivants : *céphalalgie* avec ou sans paroxysme douloureux; *paralysie* variable, occupant tantôt un membre, tantôt une moitié du corps, souvent incomplète ; *perte de la vue, de l'ouïe, convul-*

(1) Voy. Lebert, *Traité prat. des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer*. Paris, 1851, in-8.

sions, accès épileptiformes; rarement *lésion de la sensibilité, débilitation générale; troubles* plus ou moins marqués *de l'intelligence*, souvent une simple *hébétude;* du reste, pendant un temps assez long, toutes les autres fonctions peuvent continuer à se faire d'une manière normale.

Je n'insiste pas sur ces symptômes, qui, dans les différents cas, présentent de nombreuses variétés, et la raison en est bien simple : c'est qu'il n'en est aucun qui soit constant, et que l'on ne peut pas même indiquer un ensemble de phénomènes qui appartiennent plutôt à la lésion qui nous occupe qu'à toute autre affection chronique. Dans quelques cas même, la maladie a été complétement *latente*, au moins pendant une assez grande partie de son cours.

Ce qu'il y a de remarquable dans la *marche de l'affection*, c'est qu'elle est ordinairement fort lente, surtout dans les premiers temps. Il arrive parfois qu'à certaines époques le mal fait tout à coup des progrès rapides qui s'annoncent par les convulsions, les attaques épileptiformes, etc., dont nous avons parlé plus haut, et qui, au bout d'un certain temps, font place à une amélioration de durée variable. Dans un relevé d'observations fait par M. Calmeil, on voit que le cancer du cerveau a généralement une *durée* qui varie d'un à trois ou à quatre ans. Quant à la *terminaison*, elle est constamment fatale.

Je ne ferai qu'indiquer les *lésions anatomiques*. On a trouvé dans le cerveau ou dans le cervelet des individus qui ont succombé à cette affection des tumeurs d'un volume très variable, irrégulières et présentant l'aspect du squirrhe, de l'encéphaloïde, du cancer colloïde. Le tissu environnant est ordinairement ramolli à un assez haut degré, et présente des traces d'inflammation plus ou moins profondes; c'est même à ces lésions qu'on rapporte généralement les symptômes si variables dont nous venons de faire une mention rapide; cependant, dans un certain nombre de cas, la substance environnante conserve ses caractères normaux. Lorsque la lésion est contiguë aux membranes, celles-ci sont adhérentes et présentent des traces d'altération chronique.

Le *traitement* de cette affection n'est nécessairement que palliatif. On emploie, si le diagnostic a pu être porté avec une certaine probabilité, le traitement du cancer en général, tant que les phénomènes de la maladie ne font pas croire à l'existence d'un ramollissement environnant. Dans le cas où ce ramollissement se manifeste par les symptômes qui lui sont propres, on lui oppose le traitement de la *cérébrite*, en ayant égard toutefois à l'état de débilitation du malade.

ARTICLE VIII.

TUBERCULES DU CERVEAU.

Les raisons que j'ai eu plusieurs fois occasion de donner précédemment m'engagent à traiter très rapidement des tubercules du cerveau.

Les tubercules se montrent rarement dans la substance cérébrale. M. Louis, qui a étudié la phthisie pulmonaire sur un si grand nombre de sujets, et qui a recherché les tubercules dans un si grand nombre d'autres affections, n'a trouvé qu'une très petite proportion de cas de ce genre. Cependant nous en possédons plusieurs exemples, parce que sous le rapport de l'anatomie pathologique surtout, le cerveau a été étudié avec grand soin dans ces dernières années.

Il est bien rare qu'il existe des tubercules dans le cerveau sans qu'il y en ait dans les poumons et assez souvent dans plusieurs autres organes.

MM. Rilliet et Barthez n'ont observé que douze fois cette affection sur le très grand nombre d'enfants dont ils ont étudié les maladies.

Les *symptômes* sont variables, et n'ont rien de parfaitement caractéristique. Parfois, et M. Louis en a cité un exemple remarquable (1), il existe à peine quelques légers symptômes, comme un peu de céphalalgie, quelques étourdissements passagers.

Le symptôme le plus remarquable, mais qui n'est pas constant, consiste dans des *accès épileptiformes* revenant à des intervalles variables. Suivant M. Gendrin, on pourrait, à certaines particularités de ces accès, reconnaître non seulement l'existence d'un tubercule, mais encore son siége : « Les accidents, dit-il (2), se caractérisent, *quand les tubercules occupent un pédoncule cérébral*, par cette circonstance, qu'*ils commencent dans une extrémité abdominale, et s'étendent successivement à tout le côté du corps, le même que celui du pédoncule affecté.* Pendant longtemps les convulsions épileptiques restent limitées à cette moitié du corps, et ce n'est qu'après plusieurs années qu'elles deviennent générales; *mais toujours encore, dans ce cas, elles débutent par le membre et le côté affectés primitivement.*

» *Quand les tubercules occupent le mésocéphale, c'est dans les muscles du visage, et particulièrement dans ceux de la bouche, que les accidents convulsifs commencent;* ils sont longtemps bornés à des convulsions fréquentes et involontaires de la bouche, *qui, même quand les convulsions épileptiques sont générales,* se répètent plusieurs fois par jour, tandis qu'il ne survient de paroxysme épileptique complet que beaucoup plus rarement. Lors des tubercules du mésocéphale, il est très rare que les accidents épileptiques occupent une moitié du corps comme ceux des pédoncules. »

Je livre à l'appréciation du lecteur ces assertions de M. Gendrin. Aucun autre auteur, depuis l'époque où ces lignes ont été écrites, n'est arrivé à un semblable résultat, et si j'en juge par un certain nombre d'observations que j'ai parcourues, on s'exposerait à de nombreuses déceptions, en prenant au pied de la lettre ce que dit M. Gendrin.

Voici maintenant quels sont les symptômes constatés par MM. Rilliet et Barthez, dans vingt-deux observations qu'ils ont recueillies ou empruntées aux auteurs, et qu'ils ont analysées avec leur exactitude habituelle.

Ordinairement le début est marqué par des convulsions; quelquefois c'est par une céphalalgie vive et lancinante, plus rarement par la paralysie, et bien plus rarement encore par la contracture ou l'exaltation de la sensibilité.

« Les *convulsions* (accès épileptiformes), ajoutent ces auteurs (3), se reproduisent à des intervalles plus ou moins rapprochés, et après elles on constate de la faiblesse musculaire, de la *paralysie* des parties convulsées, ou de la contracture qui a souvent lieu dans le côté paralysé, ou bien la *diminution* ou l'*abolition de la vision*, le *strabisme*, la *dilatation des pupilles*, la *perte de l'intelligence.* D'autres fois c'est la *céphalalgie* qui prédomine; elle revient par *accès violents* durant plu-

(1) *Recherch. sur la phthisie*, 2e édit. Paris, 1843.
(2) *Recherch. sur les tuberc. du cerveau.* Paris, 1823.
(3) *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, t. III, p. 553.

sieurs heures ; ou bien c'est la paralysie qui persiste et qui s'étend à d'autres parties du corps que celles primitivement envahies. Ces différents symptômes se combinent de plusieurs manières différentes ; *ils n'offrent rien de régulier dans leur marche et leur durée.* »

Cette citation suffit pour faire voir tout le vague où est encore l'histoire de cette maladie. Tout ce qu'il nous est permis de dire relativement au diagnostic, c'est que si chez un sujet présentant des tubercules dans d'autres organes, et surtout dans les poumons, on voit survenir des accès épileptiformes avec céphalalgie plus ou moins vive, affaiblissement de l'intelligence et diminution dans l'énergie des mouvements d'un côté du corps, on doit regarder comme probable l'existence des tubercules dans le cerveau ; mais l'état actuel de la science ne nous permet pas d'aller au delà de cette probabilité.

A l'ouverture des sujets, on trouve, dans un point variable du cerveau ou du cervelet, des tumeurs arrondies, ordinairement fermes, se laissant écraser sous les doigts, d'aspect caséeux ; quelquefois elles sont ramollies et présentent des grumeaux caséeux nageant dans un liquide plus ou moins épais. Dans ce dernier cas, il s'est formé autour du tubercule ramolli une pseudo-membrane assez épaisse et vasculaire. Suivant M. Gendrin, les tubercules, même à l'état cru, seraient toujours enkystés ; mais MM. Louis et Andral ont cité des faits dans lesquels cette disposition n'existait pas. M. Gendrin a, en outre, mentionné des cas où le kyste ne contenait qu'un pus jaune verdâtre ; mais il a été trompé par des abcès enkystés.

Dans une observation recueillie par M. Gallard (1), alors interne dans mon service, à l'hôpital de la Pitié, on trouva une seule tumeur, occupant l'hémisphère gauche, ovalaire, d'une coloration blanchâtre, saillante au-dessus des circonvolutions, ayant 2 centimètres environ de diamètre, non enkystée, et formée par de la matière tuberculeuse. Cette tumeur qui occupait à la fois la substance blanche, la substance grise, et les membranes, à l'exception de la dure-mère, était entourée par de la substance cérébrale, ramollie. Ce ramollissement considérable était blanc et n'avait nullement la teinte jaunâtre notée dans quelques cas où il était dû à la fonte du tubercule lui-même. Le sujet était phthisique.

Il est évident qu'il n'y a qu'un *traitement palliatif* à opposer à cette affection, et c'est celui des tubercules en général. Chez les enfants, ainsi que l'ont observé MM. Rilliet et Barthez, il survient fréquemment une *hydrocéphale aiguë* qui est une cause de mort rapide. On doit alors mettre en usage, dans toute son énergie, le traitement de cette affection intercurrente (2).

ARTICLE IX.

HYDATIDES DU CERVEAU, CYSTICERQUES.

Les vers vésiculaires de l'encéphale peuvent-ils être diagnostiqués ? Peut-on leur opposer des moyens de traitement efficaces ? A ces deux questions nous devons répondre par la négative ; et dès lors ce sujet perd tout intérêt pour nous. Je dirai donc seulement que les vers vésiculaires peuvent exister dans le cerveau sans produire de symptômes ; que, lorsqu'ils en produisent, c'est à la compression qu'ils

(1) *Observat. de tuberc. du cerveau.* Paris, 1852.

(2) Voy. *Hydrocéph. aiguë, Méningite.*



exercent par leur accroissement qu'il faut les attribuer; que ces symptômes sont par conséquent d'autant plus intenses, que les vers deviennent plus rapidement volumineux, et que parmi ces symptômes les principaux sont la paralysie partielle, augmentant dans le cours de la maladie, quelquefois n'occupant qu'une paupière, qu'un œil; les vertiges, les convulsions, l'affaiblissement de l'intelligence.

M. le docteur Drewry Ottley (1) a rapporté un cas *d'accès convulsifs* précédés pendant un temps assez long *d'étourdissements fréquents* et de *douleurs sourdes dans la tête* dont la cause était la présence de *cysticerques* couvrant la surface des hémisphères et pénétrant dans les circonvolutions.

Presque tous les auteurs qui se sont occupés des maladies cérébrales ont cité des exemples de vers vésiculaires de l'encéphale. Je citerai entre autres le fait rapporté par M. Louis (2), qui est un exemple de cysticerques développés dans la pie-mère et pénétrant dans le cerveau; celui qu'a cité M. Guesnard (3), et dans lequel les hydatides se sont manifestement développées entre la dure-mère et le crâne, et ont ensuite comprimé le cerveau; ceux que nous ont fait connaître MM. Calmeil (4), Cruveilhier (5), Bouvier (6), Andral, etc.

ARTICLE X.

HYPERTROPHIE DU CERVEAU.

Quelques auteurs, parmi lesquels il faut citer particulièrement Dance (7) et M. Andral, nous ont fourni sur l'hypertrophie du cerveau quelques renseignements qui sont loin d'être dépourvus d'intérêt; mais on ne peut pas dire qu'on en ait fait encore une affection facile à distinguer. Je ne m'y arrêterai pas longtemps.

D'après un relevé présenté par les auteurs du *Compendium* (8), l'affection se montre chez les enfants et chez les adultes; elle est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme, et la seule circonstance étiologique un peu importante que l'on ait remarquée, c'est qu'on l'a trouvée beaucoup plus souvent chez des sujets qui ont été, par leur profession, exposés aux *émanations saturnines*, que chez tous les autres.

La description rapide que les auteurs du *Compendium* ont empruntée à Dance suffit pour faire connaître les principaux caractères symptomatologiques de l'affection. La voici: « La maladie s'annonce par des *céphalalgies violentes*, sujettes à des exacerbations, *un état obtus des facultés intellectuelles* joint à la céphalalgie, une perversion de ces mêmes facultés, des *étourdissements* fréquents accompagnés de stupeur; plus tard elle donne lieu à des *accès convulsifs* répétés, ou bien elle produit tout à coup une *perte presque générale du sentiment et du mouvement*. Le *pouls* est lent; la *température de la peau* est naturelle; enfin la mort survient inopinément dans le cours d'un abcès. »

Nous n'avons que des données incertaines sur tous les autres points de l'histoire

(1) *London medico-chirur. Transact*, t. XXVII, 1844.
(2) *Rech. sur la phthisie*.
(3) *Journ. hebdom.*, 1836.
(4) *Journ. hebd. de méd.* Paris, 1829, t. I, p. 44.
(5) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. ENTOZOAIRES.
(6) *Bull. de l'Acad. de médecine*. Paris, 1840, t. IV, p. 55.
(7) *Répert. gén. d'anat.*, etc., par G. Breschet. Paris, 1828, t. V, p. 355.
(8) Tome II, art. *Hypertrophie du cerveau*.

de cette affection, sur laquelle j'insiste d'autant moins que j'aurai à y revenir en parlant des *affections saturnines*. Son *diagnostic* n'a aucune certitude. Combien de fois les symptômes précédemment décrits ne se sont-ils pas montrés chez des sujets empoisonnés par le plomb, sans qu'on ait trouvé la moindre hypertrophie du cerveau ?

C'est également à propos des affections saturnines que je dirai quelques mots du seul *traitement* qu'il soit permis de regarder comme efficace contre cette affection, ou du moins contre ses symptômes, qui peuvent, je le répète, très bien exister en l'absence de toute lésion.

Je ne crois pas devoir pousser plus loin l'étude des affections cérébrales. Qu'aurais-je à dire de l'*atrophie*, de l'*œdème*, de l'*induration*, des *productions graisseuses et calculeuses* du cerveau, qui pût être de quelque utilité au praticien ? Un jour viendra peut-être où ces lésions sortiront du domaine exclusif de l'anatomie pathologique, et alors on pourra en tracer une histoire complète. En attendant, il vaut mieux, dans un ouvrage de la nature de celui-ci, les passer complétement sous silence, quelque intérêt qu'elles puissent avoir à certains points de vue.

CHAPITRE III.

MALADIES DES MÉNINGES CÉRÉBRO-SPINALES.

Parmi les affections qui occupent à la fois les membranes du cerveau et celles de la moelle, il n'en est guère qu'une qui mérite une description détaillée : c'est la méningite cérébro-spinale épidémique, dont nous avons vu, dans ces dernières années, des exemples si frappants, et qui, d'après un article du *Journal médical de Dublin* que j'ai actuellement sous les yeux, a sévi tout récemment en Irlande. On a néanmoins cité des faits intéressants de méningite cérébro-rachidienne sporadique, et l'on a vu, dans plusieurs cas, l'hémorrhagie des méninges se faire à la fois dans l'encéphale et dans le rachis (1) ; mais il suffira de dire quelques mots de ces affections, dont on obtient facilement la description en réunissant les symptômes de la maladie bornée à l'encéphale à ceux de la maladie bornée à la moelle épinière.

ARTICLE Ier.

HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE CÉPHALO-RACHIDIENNE.

Il arrive parfois, ainsi que l'ont démontré les auteurs que je viens de citer, que l'on trouve le sang épanché à la fois dans les membranes du cerveau et dans les membranes de la moelle. Or l'observation a prouvé que, bien rarement, l'exhalation sanguine s'est effectuée en même temps dans l'un et l'autre de ces points. Il arrive presque toujours que l'hémorrhagie s'étant primitivement produite dans les méninges cérébrales, le liquide s'est frayé un passage jusque dans le canal rachidien.

(1) Voy. Prus, Boudet, etc., *loc. cit.*

Lorsqu'il en est ainsi, on voit, dès le début ou peu de temps après l'apparition des symptômes que nous avons décrits en parlant de l'hémorrhagie des membranes cérébrales, exister de la *douleur* le long de la colonne vertébrale, de la *roideur* du tronc et des *convulsions* plus ou moins violentes; mais n'oublions pas que ces symptômes se montrent aussi dans un certain nombre de cas où la maladie est bornée à l'encéphale, et nous en conclurons qu'il doit être infiniment difficile de reconnaître pendant la vie le passage du sang dans le rachis. La douleur seule est un bon caractère; mais elle peut être complétement masquée par les symptômes cérébraux.

Il serait par conséquent inutile d'insister plus longuement sur cette affection, dans laquelle la lésion cérébrale absorbe nécessairement presque toute l'attention, et qui d'ailleurs, sous le rapport du traitement, ne nous offre rien de particulier.

ARTICLE II.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE SPORADIQUE.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, on reconnaît l'existence de l'inflammation simultanée des membranes du cerveau et du rachis, dans les cas sporadiques, à la réunion des symptômes de la méningite rachidienne et des symptômes de la méningite simple aiguë. Il est remarquable, en effet, que cette existence de l'inflammation dans l'encéphale et le rachis à la fois se rencontre dans les cas de méningite simple aiguë.

On n'a, par conséquent, pour obtenir la description de la maladie que nous signalons ici, qu'à joindre aux phénomènes morbides de la méningite simple aiguë décrite dans un des articles précédents : 1° les *convulsions*, *la roideur*, *la contracture des muscles du rachis;* 2° une *douleur* ordinairement fort vive occupant une plus ou moins grande étendue de la colonne vertébrale, et souvent fixée à la partie postérieure du cou et au niveau des premières vertèbres dorsales. Nous verrons, en effet, lorsque je donnerai la description de la méningite spinale, que tels sont les symptômes les plus caractéristiques de cette affection.

Je n'aurais rien à dire de particulier sur les causes, la marche, etc., de cette affection. Je dois seulement faire remarquer que ce qui la distingue de la méningite cérébro-spinale épidémique est principalement l'invasion moins brusque de la maladie et la moins grande violence des symptômes. Il n'y a pas ici de distinction profonde entre les deux affections, comme celle que nous avons signalée entre le choléra-morbus sporadique et le choléra-morbus épidémique, mais seulement un degré d'intensité très différent, dû au génie épidémique.

Le *traitement* ne présente non plus rien de particulier, si ce n'est que les moyens locaux, les émissions sanguines locales surtout, doivent être appliqués le long du rachis aussi bien que vers la base du crâne, et qu'on doit leur donner un surcroît d'énergie.

ARTICLE III.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE.

La méningite cérébro-spinale épidémique a fait invasion en France quelque temps avant l'année 1839, et s'est montrée d'abord à Bayonne, à Narbonne, à Foix, à

Bordeaux. En 1839, il régna à Rochefort, et presque exclusivement dans le bagne, une maladie que d'abord on prit pour le typhus, mais que plus tard on reconnut pour la méningite cérébro-spinale épidémique, et dont M. Lefèvre (1) nous a donné une relation intéressante. Plus tard elle sévit dans des localités très diverses, puisqu'on l'observa à Versailles, à Metz, à Avignon, à Strasbourg, à Perpignan, à Poitiers, à Nancy, à Nantes, à Lyon, etc. Les principales recherches auxquelles ont donné lieu ces diverses épidémies sont dues à MM. G. Tourdes (2), Chauffard (3), Forget (4), Faure-Villar (5), Rollet (6). On trouve dans ces recherches les matériaux d'une bonne histoire de la maladie (7). Puis on a vu cette affection apparaître en Irlande, et M. Robert Mayne (8) a rendu compte de l'épidémie, observée d'abord par le docteur Darby de Bury, et que plusieurs autres médecins ont étudiée dans les hôpitaux irlandais. Enfin peu de temps avant le choléra, nous avons vu des épidémies, à Orléans et à Paris. M. le docteur Corbin (9) a décrit celle qui a régné à Orléans en 1847 et 1848. M. le docteur Michel Lévy (10) a, de son côté, donné une très bonne description de *l'épidémie observée au Val-de-Grâce*, et il résulte des recherches historiques faites par cet auteur que cette maladie était déjà connue du temps de Prosper Alpin, dans lequel on trouve un passage qui la désigne clairement. D'autres relations ont été publiées dans les recueils scientifiques, et j'ai moi-même (11) rapporté un cas de cette affection, remarquable par l'extrême rapidité avec laquelle la suppuration s'est produite.

Cette maladie serait-elle donc nouvelle, du moins sous sa forme épidémique? M. Tourdes, dans son intéressante relation, a traité cette question, et remontant jusqu'aux premiers temps de la médecine, il a passé en revue les diverses épidémies qu'on pourrait rapporter à la méningite cérébro-spinale. En parcourant cet historique, on trouve plusieurs faits qui, sans beaucoup d'efforts, peuvent être regardés comme des exemples d'épidémies semblables à celles dont nous avons été témoins dans ces derniers temps; mais il en est d'autres aussi qui ne sauraient être pris pour tels, et qu'on peut regarder aussi bien comme des épidémies de fièvre typhoïde ou de typhus. Dans tous les cas, les relations ne sont pas assez explicites et les investigations cadavériques manquent trop complétement pour qu'on puisse accorder une très grande importance à ces recherches historiques. Aussi n'entrerai-je pas dans de plus grands détails à cet égard, et renverrai-je le lecteur, pour

(1) *Rech. hist. sur la malad. qui a régné au bagne de Rochefort*. Paris, 1840.
(2) *Hist. de l'épid. de méning. cérébro-spinale*, etc. Strasbourg, 1843.
(3) *Œuvres de méd. prat.* Paris, 1848, t. I, p. 156.
(4) *Relat. de l'épid. de méningite encéph.-rachidienne*, 1841.
(5) *Hist. de l'épid. de ménin. céréb.-spin. observ. à l'hôpital milit. de Versailles*. Paris, 1844.
(6) *De la méning. cérébro-rachid. et de l'encéph.-méningite épidémiques* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1843, t. X, p. 290 et suivantes).
(7) C. Broussais, *Histoire des méningites cérébro-spinales qui ont régné en France*. Paris, 1843, in-8.
(8) *Remarks upon cerebr.-spin. arachnitis*, etc. (*The Dublin quarterly journ. of med. science*, n° 3, august 1846).
(9) *Gaz. méd. de Paris*, 1848.
(10) *Lecture faite à l'Acad. de méd.*, 1er mai 1849 (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XV, p. 21 ; — *Gaz. médic. de Paris*, 1850).
(11) *Union méd.*, 15 mai 1849.

plus ample information, à la relation de M. Tourdes, où il trouvera les documents nécessaires.

M. Boudin (1) va plus loin. Suivant lui la méningite cérébro-spinale n'est autre chose qu'une espèce de typhus déjà observé par nos devanciers, notamment à Grenoble et à Paris en 1814, et à Metz en 1815. Il se fonde principalement sur l'absence des lésions caractéristiques de l'inflammation cérébro-spinale notée dans plusieurs cas, et sur le caractère contagieux de la maladie. Il donne à cette affection le nom de *typhus cérébro-spinal*. Quand on a lu le mémoire de M. Boudin, on est, en effet, très porté à admettre que beaucoup d'épidémies désignées sous le nom de typhus étaient des épidémies de méningite cérébro-spinale ; mais cela ne suffit pas pour qu'on adopte complétement ses conclusions. Quant aux faits cités par nos devanciers, ils ne sont ni assez détaillés, ni assez précis pour nous être d'une utilité réelle.

Je ne me servirai conséquemment, pour la description qui va suivre, que des renseignements qui nous ont été fournis dans ces dernières années et que j'ai énumérés plus haut.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La dénomination de la maladie emporte avec elle sa définition. La méningite cérébro-spinale épidémique est, en effet, une affection caractérisée par une inflammation violente et généralement très aiguë des méninges cérébrales et rachidiennes, qui attaque un nombre considérable d'individus à la fois.

On lui a donné les noms de *méningite cérébro-rachidienne ; encéphalo-méningite épidémique ; cerebro-spinal arachnitis* (Mayne).

Il résulte de ce que j'ai dit plus haut, que les épidémies de cette maladie ont été nombreuses dans ces derniers temps ; et la surprise qu'a causée l'apparition de l'affection aux médecins qui avaient le mieux étudié les maladies régnantes pendant de longues années prouve que si, à d'autres époques, des épidémies semblables ont pu être observées à des époques rapprochées, il n'en était plus de même depuis assez longtemps.

§ II. — Causes.

Les causes qui ont pu faire naître cette affection meurtrière ont été étudiées avec soin. MM. Tourdes et Lefèvre ont particulièrement insisté sur ce point, et sont arrivés à des résultats importants que je vais présentèr.

1° Causes prédisposantes.

Age. Il suffit de dire qu'en France les épidémies se sont presque exclusivement montrées chez des militaires, et principalement chez les nouvelles recrues (Tourdes, Faure-Villar, Rollet, etc.), pour qu'on reconnaisse que la méningite cérébro-spinale a sévi chez les adultes, et vers l'âge de vingt à trente ans. Cependant à Rochefort l'affection a atteint, dans le bagne, principalement les sujets d'un *âge moyen*, et, en ville, elle a sévi plus particulièrement sur des individus âgés de moins de vingt ans. En Irlande, les choses se sont passées autrement. Il résulte, en effet,

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1849. Voy. aussi Hipp. Bailly, *Traitement du typhus cérébro-spin. par l'opium à haute dose.* Thèse, Paris, 1850.

des recherches de M. Mayne, que l'affection s'est presque exclusivement montrée chez des *enfants* au-dessous de douze ans. Mais elle n'a pas paru, à beaucoup près, avec une aussi grande fréquence, chez les enfants qui n'avaient pas atteint l'âge de sept ans, que dans la période de sept à douze ans.

Sexe. La remarque que je viens de faire prouve que l'affection sévit *presque exclusivement chez les hommes.* C'est, du reste, ce que M. Lefèvre a constaté d'une manière positive, puisque, dans la ville de Rochefort, les femmes ont été attaquées dans une proportion minime. En Irlande, la maladie s'est montrée exclusivement chez les garçons.

Professions. Hors l'état militaire, il n'est, ainsi que l'a noté M. Lefèvre, aucune profession qui paraisse prédisposer à la méningite cérébro-spinale. Mais il ne peut s'élever aucun doute relativement à l'état militaire ; car, je le répète, c'est dans les régiments que les épidémies ont éclaté et se sont presque entièrement concentrées. Nous verrons, en parlant des causes occasionnelles, quelles sont, dans cette profession, les circonstances particulières dans lesquelles se développe la maladie.

Saisons, climats. L'énumération que j'ai présentée plus haut des lieux très divers dans lesquels la méningite cérébro-spinale s'est déclarée prouve suffisamment que les climats n'ont pas sur elle une influence évidente. Quant aux saisons, les recherches des auteurs que je viens de citer n'ont pu rien découvrir de particulier sous ce rapport.

Conditions hygiéniques. M. Lefèvre a constaté que la *nourriture* des sujets soumis à son observation était saine et suffisante. Il en a été de même dans les régiments atteints par la maladie. Quant à l'*habitation*, aux *vêtements*, aux *fatigues* éprouvées par les malades, on doit y voir plutôt des causes occasionnelles que des causes prédisposantes.

L'*état normal* des individus affectés n'a rien présenté qui mérite d'être noté.

2° Causes occasionnelles.

Les médecins militaires, comme je l'ai dit, ont noté que, dans les régiments, ce sont les nouvelles recrues qui ont été principalement atteintes, et par là même on explique l'apparition des épidémies. C'est, en effet, en 1840 et 1841 que se sont montrées les épidémies les plus meurtrières, et l'on sait qu'à cette époque l'armée française fut très rapidement mise sur le pied de guerre. Les *fatigues* auxquelles les jeunes soldats n'étaient pas habitués, l'exposition aux *intempéries*, les *exercices prolongés*, sont les causes qui, selon toutes les apparences, ont déterminé l'apparition de la maladie.

A Rochefort, les fatigues n'ont pas été plus grandes qu'à l'ordinaire, mais il est résulté d'une inspection attentive faite à ce sujet, que les forçats étaient *mal vêtus, mal chaussés*, et que les lieux dans lesquels ils séjournaient longtemps étaient remarquables par leur *humidité.* Ce sont là les seules circonstances auxquelles on puisse rapporter l'explosion de l'épidémie.

En Irlande, peut-on accuser la souffrance de la population d'avoir produit cette maladie ? C'est ce que ne nous apprennent pas les auteurs. Mais ils font remarquer cette circonstance notable, que, dans les maisons de travail des jeunes filles, où les conditions sont les mêmes que dans les maisons de travail des garçons, on n'a observé aucun cas de méningite cérébro-spinale.

Dans aucune localité, on n'a pu constater l'existence évidente de la *contagion.*

§ III. — Symptômes.

Les symptômes ont été partout remarquables par une uniformité presque complète. Les auteurs, il est vrai, ont spécialement insisté sur tels ou tels phénomènes, suivant qu'ils en ont été frappés plus particulièrement ; mais si on lit les diverses relations d'épidémies, on voit qu'elles ont toutes une ressemblance frappante : celle de M. Tourdes présentant une très grande précision et les détails les plus circonstanciés, c'est celle qu'il convient de suivre principalement.

Début. Ainsi que l'ont constaté MM. Tourdes et Forget, il est rare que le début soit subit, que l'invasion soit foudroyante, suivant l'expression du premier de ces deux auteurs. Cependant on a vu un certain nombre de sujets atteints de cette manière. « Tout à coup, dit M. Tourdes (1), au milieu de la santé la plus parfaite, des hommes pleins de jeunesse et de force étaient atteints des accidents les plus graves ; ils succombaient en peu d'heures, sans qu'aucun trouble fonctionnel eût précédé cette subite invasion. Des militaires ont été frappés dans la rue, à l'exercice, dans les casernes, pendant leur repas ; ils tombaient comme foudroyés, et l'on transportait à l'hôpital, dans un état désespéré, des hommes qui peu auparavant faisaient leur service sans se plaindre. Trois malades ont été frappés pendant leur sommeil. »

Dans un nombre considérable de cas, le début, sans être subit, est très rapide. On voit en peu d'heures, en peu d'instants, la céphalalgie être suivie du délire, de la perte complète de connaissance, de mouvements convulsifs, en un mot de presque tous les symptômes excessivement violents que nous allons voir caractériser la maladie.

Enfin, dans près de la moitié des cas, on a reconnu l'existence de symptômes qui ont été regardés comme *symptômes précurseurs*, et il est probable, ainsi que le fait remarquer M. Tourdes, que ces symptômes ont existé plus fréquemment, mais que, promptement remplacés par la perte de connaissance, leur existence n'a pas pu être constatée ; c'est aussi le résultat auquel est arrivé M. Forget par l'analyse des faits soumis à son observation.

Ces symptômes précurseurs sont énumérés ainsi qu'il suit, par ordre de fréquence, par M. Tourdes : « Céphalalgie 33 fois, frissons 13, nausées et vomissements 13, rachialgie 3, douleurs dans les membres 2, vertiges 2, malaise 2, diarrhée 2, délire 1, tremblement 1, mouvement fébrile 1. » Il me paraît évident que ces symptômes doivent pour la plupart être regardés comme des phénomènes de la maladie confirmée. Si on les a considérés comme des prodromes (principalement la céphalalgie, la rachialgie, le délire), c'est uniquement parce qu'ils ne pourraient pas caractériser seuls la maladie, surtout si l'influence épidémique n'était pas encore suffisamment reconnue ; mais on aurait tort de ne pas faire remonter le début de l'affection au moment même où ils ont apparu. Il en est quelques uns néanmoins, comme la diarrhée, qui peuvent être rangés parmi les phénomènes précurseurs dans toute l'acception du mot.

Symptômes. Suivant M. Faure-Villar, il faudrait décrire deux formes particulières de la maladie : l'une *inflammatoire*, et l'autre nerveuse ou *typhoïde*, caractérisée par des phénomènes ataxiques intenses, et beaucoup plus grave que la première. En examinant les faits avec quelque attention, on s'aperçoit que ces

(1) *Loc. cit.*, p. 171.

formes dépendent uniquement de la plus ou moins grande violence de l'affection, suivant les cas. Que la cause, l'influence épidémique qui produit la maladie, agisse avec une très grande puissance, et les malades sont emportés rapidement avant qu'il ait pu se produire autre chose que des symptômes où la perturbation nerveuse prédomine, et avant que les lésions aient atteint un degré très avancé. C'est là ce que l'on observe dans toutes les maladies, et surtout dans les maladies épidémiques. Il suffira par conséquent, dans l'exposition de la marche de l'affection, de signaler ces cas d'une violence extrême, sans qu'il soit nécessaire d'en faire une forme particulière.

La *céphalalgie* est un symptôme qui se montre constamment et ordinairement le premier de tous. Nous avons vu, en parlant du début, que, dans quelques cas néanmoins, la *douleur* de tête était précédée de quelques autres phénomènes morbides ; mais, même dans ces cas rares, elle ne tardait pas à se manifester. Elle est ordinairement vive, et quelquefois atroce ; dans un petit nombre de cas, elle n'a qu'une intensité médiocre, mais elle est toujours remarquable par sa persistance, car les malades ne cessent de s'en plaindre que quand ils tombent dans le délire.

Dans les premiers moments, elle n'occupe qu'un seul point de la tête : ordinairement le front, quelquefois la nuque ; mais elle ne tarde pas à occuper la tête tout entière. La forme de cette douleur est très variable. M. Tourdes l'a trouvée pulsative, térébrante, lancinante, aiguë, gravative, compressive, etc. ; ces différences tiennent beaucoup, sans doute, à la manière diverse dont les sujets expriment une sensation douloureuse à peu près semblable, suivant toutes les probabilités.

La lumière et le bruit augmentent beaucoup cette céphalalgie. Les malades restent ordinairement dans l'immobilité, craignant d'exaspérer leur douleur par le moindre mouvement ; il n'est pas rare d'en voir qui compriment leur tête à deux mains, dans le but de calmer leurs souffrances.

Ordinairement, dans les cas d'une certaine durée, on remarque des alternatives d'apparition et de disparition de la céphalalgie, et celle-ci, lorsqu'elle se calme, est remplacée par le délire ou le coma qui, au bout d'un temps plus ou moins long, lui cèdent la place à leur tour. Souvent après un, deux ou trois jours, on voit tout à coup la céphalalgie, qui s'était dissipée, reparaître tout à coup avec une nouvelle violence. On observe ordinairement, vers le soir, une exacerbation plus ou moins notable de ce symptôme, comme, au reste, de la plupart de ceux que nous allons passer en revue.

La *rachialgie* ne se montre pas constamment comme la céphalalgie, mais elle a lieu dans un nombre de cas assez considérable pour que la dénomination de la maladie ne puisse pas être considérée comme fautive. Elle manque dans les cas où l'affection est assez violente pour emporter le malade en très peu d'heures, parce que l'inflammation n'a pas encore eu le temps de gagner les membranes du rachis. Elle manque néanmoins aussi quelquefois chez des sujets qui n'ont pas été emportés très rapidement, sans qu'on puisse savoir pourquoi la méningite, qui envahit habituellement la tête et la colonne vertébrale, s'est arrêtée dans la première de ces parties ; mais ces cas sont rares.

Il n'est pas fréquent de voir la douleur occuper toute l'étendue de la colonne vertébrale ; mais, ainsi que l'a remarqué M. Tourdes, il n'est pas de point du rachis qui n'en ait été atteint plus ou moins souvent. D'après les faits recueillis par

cet observateur, la portion cervicale est son siége le plus fréquent ; viennent ensuite les régions lombaire et sacrée, et en troisième lieu seulement la région dorsale.

Les formes de la rachialgie sont les mêmes que celles de la céphalalgie, et tout ce que j'ai dit de celle-ci s'applique à celle-là avec les modifications qui dépendent de la différence du siége.

La *pression* la plus forte n'exaspère pas la douleur de la colonne vertébrale ; il n'en est pas de même des mouvements, qui sont si douloureux, que les malades restent dans l'immobilité absolue.

La douleur n'est pas toujours bornée à la tête et au rachis ; dans un certain nombre de cas (le tiers d'après les observations de M. Tourdes), les malades éprouvent dans les extrémités, et principalement dans les membres inférieurs, des douleurs vives, lancinantes, atroces, considérablement augmentées par les mouvements, que dans beaucoup de cas même elles empêchent complétement.

Enfin, chez quelques sujets, ces douleurs occupaient les épaules et les mâchoires, et, chez d'autres, la *sensibilité cutanée* était tellement exaltée, que le moindre contact devenait insupportable.

Les *organes des sens* ne présentent pas, à beaucoup près, des altérations en rapport avec les lésions de la sensibilité ; la *vision* est rarement abolie ; on a constaté tout aussi peu fréquemment la diplopie, et les cas sont peu nombreux où il y a eu affaiblissement ou aberration de la vue. Cependant les pupilles sont dilatées dans plus de la moitié des cas ; parfois elles sont, au contraire, contractées. Des douleurs dans le fond de l'orbite, l'inflammation des yeux, ont été aussi observées, mais ces phénomènes n'ont qu'une importance très secondaire.

L'*ouïe* est assez fréquemment dure ; dans un nombre peu considérable de cas, on observe une *surdité* complète, et ces cas sont graves, suivant la remarque de M. Tourdes. Les *bourdonnements*, les *tintements d'oreille* sont aussi des phénomènes dont les malades se sont plaints fréquemment. On a noté, dans des cas très rares, de véritables hallucinations de l'ouïe.

On n'a rien constaté du côté de l'*odorat* et du *goût*.

La *sensibilité cutanée*, que nous avons vue plus haut être parfois exaltée au dernier point, ne se perd qu'au dernier moment, et encore M. Tourdes, qui a étudié ce symptôme avec grand soin, fait-il remarquer que c'est plutôt un phénomène de l'agonie qu'un véritable symptôme de la maladie. Le même observateur a constaté que, même pendant la perte complète de connaissance, cette sensibilité n'était pas abolie, car la piqûre des saignées ou l'incision des ventouses provoquait des mouvements de la part des malades.

Dans toutes les épidémies on a noté des lésions remarquables de la *motilité*. La plus fréquente est une roideur tétanique de la partie postérieure du tronc ; les malades ont la tête renversée en arrière, le rachis fortement recourbé, et ils peuvent garder cette position jusqu'à la mort, avec seulement quelques instants de relâchement. Il n'est pas douteux que, dans beaucoup de cas, ce ne soient de véritables contractions morbides, une convulsion tonique ; mais M. Tourdes s'est assuré que, chez un certain nombre de sujets, cette position était prise volontairement, pour tâcher d'échapper à la douleur rachidienne.

On a encore observé la *contracture* des membres, et principalement des membres supérieurs ; le *trismus* et des *contractions spasmodiques*, de véritables *crampes*

dans les mollets et dans les cuisses. Un autre phénomène qui a été principalement observé par M. Forget est un *tremblement* nerveux qu'il a comparé à celui qu'on observe dans le *delirium tremens.* « Deux des malades observés à la clinique de la Faculté ont éprouvé, dit M. Tourdes, une espèce de *tournis* qui les obligeait à pirouetter sur eux-mêmes, pour tomber ensuite et ne plus se relever. Beaucoup de malades ont des *vertiges* qui figurent parmi les premiers symptômes de l'affection ; plus tard on les voit revenir à des intervalles variables, précédant ou suivant des crises violentes. »

La *paralysie*, qui a été recherchée avec soin dans les diverses épidémies, est un phénomène très peu fréquent dans la méningite cérébro-spinale épidémique. M. Tourdes ne l'a observée que trois fois sur 99 sujets, et les autres auteurs n'en ont pas signalé un nombre d'exemples proportionnellement plus grand. La paralysie ne se manifeste ordinairement que tard ; elle n'est pas complète ; elle n'occupe souvent qu'une partie limitée : un bras, par exemple. On l'a vue se montrer aux deux membres supérieurs ou aux deux membres inférieurs.

Les *altérations de l'intelligence* sont des plus remarquables dans cette affection. La principale est un délire souvent très violent, et qui manque dans très peu de cas. Ce symptôme ne se montre pas au début ; mais, dans un certain nombre de cas, il ne tarde pas à apparaître. Dans d'autres, au contraire, il ne se manifeste qu'après un temps assez notable, pendant lequel se sont produits les autres symptômes. Les nuances sont assez marquées à cet égard ; mais il est vrai de dire que le délire ne se fait généralement pas attendre, ce qui forme un caractère de la maladie qui est loin d'être sans importance.

D'abord le *délire* est ordinairement assez facile à dissiper par des questions précises : c'est-à-dire que, pour y répondre, le malade semble sortir d'un rêve dans lequel il ne tarde pas à retomber dès qu'on cesse de l'interroger. Plus tard, il est plus difficile d'obtenir des réponses, et lorsqu'on en obtient, ce sont souvent des réponses incohérentes, et qui n'ont aucun rapport avec les questions.

« Son intensité a varié, dit M. Tourdes..... Tantôt les malades, agités et furieux, se débattaient et cherchaient à s'enfuir en poussant des cris ; tantôt ils exhalaient leur délire en plaintes, en gémissements, en paroles incohérentes, et ils ne se portaient à aucun acte particulier ; d'autres restaient sombres et taciturnes. Le délire n'était furieux que dans les premiers moments ; plus tard, il devenait calme, intermittent, et ne s'exaltait que pendant les exacerbations. »

Cette intermittence et ces exacerbations du délire sont des phénomènes presque constants. Les auteurs ont cité, il est vrai, des cas dans lesquels un délire continu s'est montré pendant dix et quinze jours ; mais, même dans ces cas, il finissait par laisser des intervalles plus ou moins longs. Ordinairement le délire est interrompu fréquemment par des intervalles de calme, et ses exacerbations ont lieu le soir. Le délire continue avec une violence plus ou moins grande. On voit des malades quitter leur lit, errer dans les salles ; quelques uns cherchent à se précipiter par la croisée. M. Tourdes a cité plusieurs cas dans lesquels il y avait des *hallucinations* remarquables : ainsi, un sujet croyait entendre ses parents lui parler. D'autres aberrations de l'intelligence ne sont pas moins notables : c'est ainsi qu'un malade croyait qu'on avait coupé son corps en deux parties ; que trois se croyaient dans leur pays ; et, chose digne de remarque, chez deux sujets qui survécurent sur ces

trois derniers, cette idée délirante a persisté pendant huit et quinze jours après que toute autre idée erronée avait disparu.

On voit plusieurs malades, dans le coma ou le délire, porter sans cesse leurs mains aux parties génitales.

Une *agitation* ordinairement très vive précède et accompagne le délire; elle augmente beaucoup la nuit, et il y a ordinairement alors une *insomnie* complète ou presque complète.

La *somnolence* alterne d'abord avec l'agitation et le délire; puis, à une époque variable, suivant le degré de violence de la maladie, il survient, dans un grand nombre de cas, un *coma* profond et une *perte complète de connaissance*. Dans quelques cas seulement on peut, en l'excitant fortement, rappeler le malade à lui; mais bientôt après il retombe dans le même état. Il n'est pas très rare de voir cette perte absolue de connaissance apparaître à une époque très rapprochée du début. Les cas dans lesquels il en est ainsi sont généralement les plus intenses, et il est ordinaire de voir les sujets ainsi attaqués rester dans cet état pendant toute la durée de la maladie. Cependant on en voit qui, à une époque plus ou moins avancée, recouvrent la conscience de ce qui se passe autour d'eux, bien que la terminaison soit fatale.

La *face*, souvent injecté au début, devient ensuite pâle et terreuse. Dans les cas les plus ordinaires, elle porte l'empreinte d'une très vive souffrance; dans ceux qui ont une violence inaccoutumée, elle a tout d'abord une expression de *stupeur* remarquable qui coïncide avec la perte de connaissance plus ou moins complète.

Du côté de l'*appareil digestif*, on note comme phénomène capital les *nausées* et les *vomissements*, que nous avons trouvés assez rares parmi les phénomènes signalés comme des prodromes, mais qui deviennent très fréquents dès que la maladie se confirme. Les vomissements sont multipliés, surtout au commencement de la maladie; plus tard, ils deviennent plus rares; mais, pendant les exacerbations, ils reprennent de la fréquence. Les matières évacuées sont jaunes, verdâtres, vertes et amères, et, par conséquent, presque complétement composées de bile. Dans l'épidémie de Versailles, on a trouvé fréquemment des *ascarides lombricoïdes* dans la matière des vomissements; mais il n'en a pas été de même dans beaucoup d'autres épidémies.

La *langue* ne présente pas d'altérations notables au commencement de la maladie; vers la fin, dans quelques cas, elle devient sèche, noirâtre, et les dents sont fuligineuses. M. Faure-Villar a noté quelquefois l'existence de plaques blanches, pultacées, sur les gencives.

L'*appétit* est complétement perdu; la *soif* est généralement peu vive, surtout au début. Il y a, dans les premiers jours, de la *constipation* dans presque tous les cas; mais, suivant la remarque de M. Tourdes, elle cède facilement aux moyens employés pour la combattre. La *diarrhée* ne tarde pas à lui succéder, et c'est, selon toutes les apparences, aux purgatifs généralement employés qu'il faut attribuer son apparition; mais une fois déclarée, elle persiste, et, dans les derniers temps, il y a des *selles involontaires*. L'*amaigrissement* est rapide et porté jusqu'au *marasme* à une époque voisine de la mort.

La *respiration* n'a présenté autre chose qu'une gêne plus ou moins marquée. Elle était souvent suspirieuse et entrecoupée. Sept fois M. Tourdes a constaté l'existence d'une *complication* de maladies graves *du côté de la poitrine* (pleuré-

sie, *pneumonie*, tubercules suppurés); dans plusieurs cas, il y avait une légère *bronchite.*

Le *pouls*, au début, est souvent ralenti, mais il est presque aussi fréquent de le voir un peu accéléré. M. Tourdes qui, sous ce rapport, a fait des recherches très exactes, a trouvé le pouls ralenti dans un peu plus de la moitié des cas seulement. Nous verrons, à l'article *pronostic*, quel est, suivant cet auteur, le rapport de ce ralentissement du pouls avec la gravité de la maladie. Du troisième au quatrième jour, ce ralentissement est remplacé par une accélération qui n'est pas extrêmement considérable dans le plus grand nombre des cas, si ce n'est à une époque très avancée et voisine de la mort. Le pouls varie généralement de quatre-vingt-dix à cent pulsations lorsque la réaction s'établit; dans les derniers moments, il devient petit, misérable et très fréquent. Une remarque de M. Tourdes que je dois signaler, c'est que fréquemment, dans un court espace de temps, on voit le nombre des pulsations augmenter ou diminuer, sans qu'on puisse attribuer à l'émotion ces variations nombreuses.

De violentes *palpitations de cœur* ont été observées chez quelques individus par M. Tourdes, qui a aussi trouvé deux fois une complication de *péricardite.*

Le *sang* fourni par les saignées est rarement couenneux, et, lorsqu'il l'est, la couenne est peu épaisse ordinairement. Ce liquide ne présente rien de remarquable, si ce n'est une augmentation de fibrine peu considérable en général. On observe rarement des *épistaxis.*

La *peau*, dont la chaleur n'est pas augmentée au début, devient chaude et sèche lorsque la fièvre s'allume, et M. Lefèvre a noté, à une époque voisine de la mort, une *sueur visqueuse* sur tout le corps. Mais, ce qui est surtout remarquable, c'est la fréquence de certaines éruptions signalées par les divers observateurs. M. Lefèvre parle d'*éruptions impétigineuses;* M. Faure-Villar a vu, dans la plupart des cas graves, des *taches* d'un brun foncé ou d'un pourpre vif sur la partie antérieure du tronc et des membres, ne disparaissant pas par la pression, et faisant quelquefois saillie au-dessus du niveau de la peau; quelquefois des taches d'un noir d'encre mal circonscrites, d'autres *semblables à la scarlatine*, ou bien une *éruption miliaire rouge.* Le même auteur signale une *éruption vésiculeuse sur les lèvres.*

M. Tourdes a observé également l'*herpes labialis*, et cela dans les deux tiers des cas, ce qui donne une certaine importance à ce symptôme. C'est au pourtour des lèvres qu'il se montre principalement. Il n'a vu de *taches roses lenticulaires* que sept fois sur le nombre de cas indiqués plus haut, ce qui confirme l'observation antérieure qui nous avait appris que ces taches, sans appartenir exclusivement à la fièvre typhoïde, se rencontrent dans cette maladie dans une proportion de cas infiniment plus grande que dans toute autre. Il n'a vu que trois fois des *pétéchies.*

Les *urines*, plus abondantes qu'à l'état normal, sont d'abord pâles et limpides; puis elles se chargent d'un sédiment jaune pâle formé d'acide urique.

Lorsque la maladie doit se terminer par la guérison, les symptômes cérébraux s'amendent d'abord, la fièvre tombe, les sens reprennent plus ou moins rapidement leur intégrité. On a remarqué que, dans cette affection, l'appétit renaît très promptement. Il ne reste bientôt plus qu'une faiblesse ordinairement assez grande, et qui, dans certains cas, ne se dissipe qu'avec beaucoup de peine. Chez quelques

sujets, les idées délirantes et plus souvent une faiblesse marquée de l'intelligence persistent lorsque, sous les autres rapports, les malades peuvent être considérés comme étant en pleine convalescence.

Dans les cas où la maladie se termine par la mort, on voit une prostration extrême survenir ; la perte de connaissance est complète, on observe un tremblement nerveux, des soubresauts des tendons, la carphologie, et cette agonie peut se prolonger assez longtemps.

Tels sont les symptômes de cette redoutable affection. On voit qu'ils ne diffèrent de ceux de la méningite simple aiguë que par leur grande violence et que par la fréquence très grande des phénomènes qui dénotent l'extension de l'inflammation aux membranes de la moelle. Je ne peux m'empêcher de joindre à cette description détaillée un tableau succinct de la maladie tracé par M. Tourdes, parce qu'il résume parfaitement tout ce qui vient d'être dit.

Tableau de la maladie. « La maladie débute, dit cet auteur, par une céphalalgie cruelle accompagnée de vertiges, de nausées et de vomissements. La douleur se propage à la nuque et au rachis ; elle envahit les extrémités, les idées s'égarent, la connaissance se perd ; le malade est en proie à une agitation convulsive ; la tête est renversée en arrière ; la face, rouge ou pâle, offre l'expression de la douleur ; la température de la peau est normale ou diminuée ; le pouls naturel ou ralenti. Cet état dure jusqu'au troisième jour, époque à laquelle se développent l'éruption labiale, les pétéchies, les taches lenticulaires et les épistaxis ; l'urine devient abondante et sédimenteuse, la constipation est opiniâtre.

» Bientôt la connaissance reparaît, et avec elle le sentiment des douleurs. Une amélioration légère se manifeste ; elle fait naître des espérances qui se réalisent rarement. Les phénomènes cérébraux et rachidiens reprennent leur acuité ; la réaction fébrile s'allume, la langue jaunit, rougit et se sèche. La diarrhée succède à la constipation. Tantôt les symptômes nerveux conservent leur violence jusqu'au dernier moment, tantôt ils se calment et persistent opiniâtrément avec une intensité moyenne. Leur marche est entrecoupée de rémissions et d'exacerbations. La faiblesse et l'amaigrissement font d'effrayants progrès. La réaction fébrile revêt une forme typhoïde ou hectique, et le malade expire dans le marasme après une tranquille agonie.

» Si l'issue doit être heureuse, les accidents ne se calment qu'avec lenteur. Une longue et périlleuse convalescence précède le rétablissement de la santé. »

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est continue, tous les auteurs l'ont reconnu. Cependant nous avons signalé des exacerbations et un moment d'amélioration remarquable ; mais on voit que ces variations ne portent guère que sur les symptômes cérébraux, ainsi que l'a très bien fait remarquer M. Lefèvre, et que, malgré l'amélioration apparente, la maladie ne continue pas moins à faire des progrès réels. M. Tourdes, ainsi que M. Faure-Villar, reconnaissent à la maladie *trois périodes:* la première, caractérisée principalement par des symptômes nerveux intenses ; la seconde par la réaction fébrile, et la troisième par la perversion des fonctions du système nerveux, par l'affaiblissement, par la prostration et le marasme. Cette division nous indique ce qu'il y a de plus saillant dans chaque époque de la maladie ;

mais il est si fréquent de voir dans une période les symptômes qui appartiennent aux autres qu'on ne doit pas leur accorder une trop grande importance.

La *durée* de la maladie est très variable. Beaucoup de malades périssent en quelques heures (vingt heures au minimum dans les cas observés par M. Tourdes), tandis que, dans certains cas, on voit la maladie se prolonger pendant quatre-vingts, quatre-vingt-dix et cent jours, bien qu'elle finisse par se terminer par la mort. Dans les cas où la guérison a lieu, la durée est comparativement plus longue. Les moyennes trouvées par M. Tourdes sont quinze jours pour les cas de mort et vingt-cinq jours environ pour les cas de guérison. On a vu des sujets guérir en six ou sept jours ; mais les cas de ce genre sont très rares.

La *terminaison* est très fréquemment funeste. Dans l'épidémie observée par M. Lefèvre, la mortalité a été des quatre cinquièmes dans les premiers temps, puis des deux tiers lorsque l'influence épidémique a perdu un peu de son intensité, ce qui doit nous inspirer de nouveaux doutes sur ces prétendues épidémies de méningite dans lesquelles la majorité des malades a guéri. Quelques maladies intercurrentes sont venues parfois hâter la mort; d'autres n'ont nullement empêché la terminaison heureuse.

La *convalescence* est généralement longue et difficile ; mais, après le rétablissement, on n'observe presque jamais d'infirmité consécutive. M. Tourdes n'a noté qu'une seule fois la persistance d'une paralysie incomplète.

Crises. M. Tourdes, à qui j'ai fait de si larges emprunts parce que sa description est empreinte d'une exactitude rigoureuse, a recherché l'influence des phénomènes qu'on peut regarder comme critiques; mais il n'a rien trouvé, ni dans les épistaxis, ni dans les vomissements, ni dans les urines, qui présentât ce caractère. L'éruption labiale lui a paru avoir quelque importance sous ce rapport, parce que, dans les cas où elle a été abondante, la mortalité a été un peu plus faible, et aussi parce que son apparition coïncidait avec une certaine amélioration des symptômes nerveux que j'ai mentionnée plus haut; mais comme la mortalité a été presque aussi forte chez les sujets qui ont présenté l'éruption que chez ceux qui n'ont rien offert de semblable, on peut encore conserver beaucoup de doutes à cet égard.

Aucun auteur n'a signalé de *rechutes* ni de *récidives*.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont, comme on devait s'y attendre, été étudiées avec le plus grand soin dans cette grave maladie. On a trouvé les lésions principales dans la pie-mère du cerveau et de la moelle. Cependant tous les observateurs ont rapporté un certain nombre de cas dans lesquels ces lésions étaient très légères ou non appréciables. C'est ainsi que chez quelques sujets on n'a trouvé dans les membranes cérébro-spinales qu'une injection plus ou moins vive, un peu de sérosité limpide, ou, au contraire, une sécheresse marquée sans injection ; mais tous ces cas étaient du nombre de ceux dans lesquels la méningite avait été foudroyante, et où par conséquent les altérations pathologiques n'avaient pas eu le temps de se produire. Dans les autres cas, on trouve dans les mailles de la pie-mère soit un liquide jaunâtre ou jaune et trouble, soit du pus bien lié, parfaitement reconnaissable, soit une substance plus épaisse, d'apparence pseudo-membraneuse, opaque, jaunâtre, dense, d'une épaisseur de 3 à 6 millimètres, et semblable, suivant l'ex-

pression de M. Tourdes, à une couche de beurre étendue à la surface du cerveau. C'est surtout le long des vaisseaux que se montre cette production morbide qui, lorsqu'elle est peu abondante, peut n'exister que dans ces points et se ramifier en suivant les veines. D'autres fois on observe çà et là des plaques inégales, de grandeur variable, et formées par la même matière. Enfin on a vu cette production morbide si abondante, qu'elle enveloppait le cerveau et le cervelet tout entiers. Ordinairement la couche ou les plaques purulentes ne se montrent qu'à la surface; mais quelquefois elles pénètrent avec la pie-mère jusque dans la profondeur des circonvolutions. On ne trouve du pus dans les ventricules cérébraux que dans un certain nombre de cas (la moitié, suivant les recherches de M. Tourdes); parfois ces cavités ne contiennent que de la sérosité limpide. On a vu aussi une infiltration purulente des plexus choroïdes, des ramollissements superficiels des parois des ventricules ; mais ces lésions n'ont qu'une importance secondaire.

Tous les points de la surface du cervelet et du cerveau peuvent présenter ces altérations; on les a trouvées presque constamment sur le cervelet, fréquemment au sommet du cerveau et à la base, plus rarement sur la protubérance, etc.

Dans le rachis, les lésions sont semblables et occupent également la pie-mère. Dans un assez bon nombre de cas, la surface de la moelle épinière tout entière porte les traces de l'inflammation; mais plus fréquemment la région inférieure est affectée seule; rarement, au contraire, les altérations sont bornées à la région supérieure.

Du côté du cerveau et de la moelle épinière, on a trouvé de l'injection, des ramollissements partiels; mais ces lésions, auxquelles on doit néanmoins rapporter quelques symptômes observés dans certains cas, ne sont qu'accidentelles dans la maladie qui nous occupe, et qui est parfaitement caractérisée par celles que nous venons de décrire.

Le tube digestif a présenté quelques traces d'inflammation légère dans un assez bon nombre de cas, mais jamais d'altérations des follicules de Peyer, qu'on a trouvés seulement quelquefois un peu saillants. Les follicules de Brunner sont fréquemment augmentés de volume dans une grande étendue de l'intestin, mais jamais ulcérés.

Dans l'épidémie de Versailles, on a presque toujours trouvé des vers lombricoïdes dans le tube intestinal. A Strasbourg on les a notés moins fréquemment, et dans d'autres épidémies, notamment dans celle qu'a observée M. Lefèvre à Rochefort, il n'y a eu rien de semblable; en sorte que l'existence de ces vers, qui a dû paraître aux chirurgiens de Versailles une circonstance des plus remarquables, perd beaucoup de son importance quand on examine les épidémies en général.

Les lésions trouvées dans les autres organes ne doivent pas nous arrêter ici, parce qu'elles sont rares et variables et qu'elles sont seulement le résultat de complications. Qu'il nous suffise de dire qu'on a noté l'inflammation du poumon, des plèvres, des articulations, etc.

M. Lefèvre a remarqué la mollesse et la putréfaction rapide de tous les tissus du corps chez les sujets morts promptement. Dans les cas qu'il a observés, la couche purulente qui enveloppait la moelle allait en diminuant à mesure qu'on approchait de la région inférieure, ce qui diffère de ce que l'on a observé dans d'au-

tres épidémies, et cet auteur a *cru trouver* aux muscles une odeur nauséabonde *sui generis.*

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de la méningite cérébro-spinale épidémique ne présente pas de difficultés sérieuses maintenant que nous connaissons sa symptomatologie dans tous ses détails. Les maladies avec lesquelles on a pensé qu'on pourrait la confondre sont la fièvre typhoïde, une fièvre intermittente pernicieuse et le tétanos. Je vais exposer rapidement le diagnostic différentiel de la méningite épidémique et de ces affections.

La *fièvre typhoïde* se distingue facilement de la maladie qui nous occupe ; ce qui le prouve, c'est que se produisant dans le même temps l'une et l'autre chez divers sujets, elles n'ont point été confondues. Dans les deux maladies le début n'est pas tout à fait le même ; il est beaucoup plus brusque dans la méningite cérébro-spinale, et la céphalalgie atroce coexistant si souvent à cette époque avec l'intégrité du tube intestinal et le ralentissement de l'état normal du pouls sont des caractères qui ne sauraient laisser de doutes dans l'esprit du médecin. Plus tard la persistance et même l'augmentation de la céphalalgie, la rachialgie, le renversement de la tête, la courbure du tronc, les convulsions avec absence de météorisme, de taches roses lenticulaires, de sudamina, d'épistaxis, servent à distinguer parfaitement l'affection épidémique dont il est ici question, de la fièvre typhoïde. Si quelques uns de ces derniers symptômes se montrent dans la méningite cérébro-spinale, ils sont très rares, et les autres phénomènes sont si caractéristiques, que, même dans ces cas exceptionnels, l'erreur n'est pas à craindre.

« La promptitude de la mort, dit M. Tourdes, a fait croire à une *fièvre pernicieuse* cérébrale, apoplectique ou délirante ; l'*herpes labialis* et les sédiments des urines semblaient en rapport avec cette opinion ; mais les exacerbations de la méningite n'offraient aucun des caractères des accès proprement dits ; ils se présentaient sans frissons, sans sueur et sans influence notable sur la circulation... » J'ajoute que bien rarement un premier accès de fièvre intermittente pernicieuse emporte le malade, et que, même dans les cas où il existe une fièvre subintrante, le passage de l'état dans lequel se trouve le malade, après une certaine durée du premier accès, à l'état où le met l'invasion du second, suffit au médecin attentif pour le diagnostic de la maladie. Je reviendrai sur ce point quand j'aurai à traiter la question si importante des *fièvres pernicieuses.*

Quant au *tétanos essentiel*, il diffère de la méningite cérébro-spinale épidémique en ce que s'il existe quelques symptômes cérébraux, ils sont infiniment plus légers, et que, dans tous les cas, les troubles de l'intelligence ne sont nullement comparables à ceux de la maladie épidémique. C'est encore là, du reste, un point sur lequel je reviendrai en exposant l'histoire du tétanos.

M. Tourdes pense qu'il existe entre la maladie qui nous occupe et la *méningite sporadique* des différences nombreuses et essentielles. J'avoue qu'en comparant les descriptions de ces deux maladies, je ne vois pas que ces différences soient essentielles. Sans doute, comme je l'ai dit plus haut, il y a dans la violence des symptômes et dans la marche parfois si rapide de la maladie des différences qui doivent être notées ; mais ce sont là des différences du plus au moins, et non des

différences essentielles. Je pense que M. Tourdes a été porté à émettre cette opinion en considérant en même temps et la méningite simple aiguë et la méningite tuberculeuse ; et ce qui le prouve, c'est qu'il cite Parent-Duchâtelet et MM. Martinet et Andral, qui ont écrit avant que la distinction entre ces deux affections eût été bien établie. Mais si l'on n'a égard qu'à la méningite franche, on voit que la ressemblance est très grande, et que si l'on mettait un médecin en présence d'un sujet affecté de méningite cérébro-spinale non foudroyante, sans lui faire connaître s'il existe ou non une épidémie, il serait fort embarrassé de dire si l'affection est sporadique ou épidémique. La violence des symptômes cérébraux, et surtout des symptômes spinaux principalement caractérisés par la courbure tétanique du tronc, pourrait lui faire supposer que l'affection est épidémique ; mais il ne saurait l'affirmer, car des symptômes semblables se montrent aussi dans les cas sporadiques. Que sera-ce donc, si dans certains cas les symptômes spinaux peuvent être faibles ou manquer complétement, et si les autres ne sont nullement remarquables par leur intensité ?

Je ne présenterai dans le tableau synoptique que le diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde et de la méningite cérébro-spinale épidémique ; les autres devront, comme je l'ai dit, nous occuper de nouveau plus loin.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Signes distinctifs de la méningite cérébro-spinale épidémique et de la fièvre typhoïde.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE.	FIÈVRE TYPHOÏDE.
Début souvent *brusque*, toujours *plus rapide*.	*Début moins rapide*, symptômes d'une *intensité progressive*.
Céphalalgie *plus violente*, souvent *atroce*.	Céphalalgie *moins violente* ; jamais *atroce*.
Pouls *ralenti*.	Pouls *accéléré*.
Constipation ; ventre *indolent*.	Fréquemment *diarrhée*, *douleurs* de ventre.
Vomissements fréquents ; abondants.	*Pas de vomissements* au début, *ou très peu* dans un petit nombre de cas.
Plus tard, céphalalgie aussi violente ou même *plus violente*, alternant avec le délire.	*Plus tard*, céphalalgie non augmentée ou même *calmée*.
Rachialgie.	*Pas de rachialgie*.
Symptômes abdominaux *peu intenses*.	Symptômes abdominaux *intenses* ; météorisme, etc.
Pas de taches rosées, *ni de sudamina*, *ni d'épistaxis*, sauf quelques exceptions.	*Taches roses lenticulaires* ; *sudamina* ; *épistaxis*.

Pronostic. Le pronostic de cette affection est des plus graves. Dans l'épidémie observée par M. Lefèvre, la mortalité a été, comme nous l'avons vu, des quatre cinquièmes au commencement et des deux tiers à la fin. Dans celle dont M. Tourdes nous a donné la relation, la proportion des morts a été à très peu près de soixante pour cent ; cet auteur a noté que cette proportion n'a pas sensiblement varié aux diverses époques de l'épidémie ; qu'après l'âge de trente ans, elle s'accroît dans une proportion effrayante ; qu'avant cet âge, ce sont les enfants qui sont le plus gravement atteints ; enfin que la maladie, beaucoup plus rare chez les femmes, comme nous l'avons dit plus haut, est en revanche plus grave chez elles que chez les hommes.

Le pronostic acquiert une gravité incomparablement plus grande dans les cas

où l'inflammation gagne le rachis que dans ceux où elle reste fixée à l'encéphale. Les convulsions, le coma, le renversement de la tête en arrière, la courbure du tronc, la lenteur du pouls à l'époque où il aurait dû survenir une réaction fébrile; les pétéchies, les taches roses lenticulaires; l'inflammation de la parotide, sont autant de signes qui, d'après les recherches de l'auteur que je viens de citer, se montrent principalement dans les cas mortels. Suivant le même auteur, les prodromes les plus courts précèdent l'état le plus grave.

§ VII. — Traitement.

Cette affection est si grave, elle menace les jours du malade dans une époque si rapprochée, les symptômes en sont souvent si effrayants, que le praticien est naturellement porté à employer un nombre considérable de moyens à la fois; de là la difficulté qu'on éprouve à apprécier exactement l'influence des agents thérapeutiques. Sous ce point de vue encore, M. Tourdes est de tous les auteurs celui qui, sans contredit, a étudié la question avec le plus de soin et de précision, et c'est par conséquent sa relation qui doit nous servir de guide principal, comme dans les autres parties de l'histoire de la maladie.

Émissions sanguines. « Les émissions sanguines, dit M. Tourdes (1), ont fait la base du traitement. Elles ont été employées comme moyen principal dans la plupart des épidémies de méningite. On a mis en usage les *saignées du bras*, les *saignées de la veine jugulaire et de l'artère temporale*, les applications de *sangsues* et de *ventouses scarifiées*. On a pratiqué, suivant les cas, de *une à quatre* saignées générales de 350 à 500 grammes, appliqué de *cinquante à deux cents* sangsues, de *huit à vingt-quatre* ventouses scarifiées ordinaires, de *trente à cent cinquante* ventouses au scarificateur allemand. L'artère temporale et la veine jugulaire n'ont été ouvertes que par exception; le plus souvent c'étaient les veines du bras. Les *sangsues* ont été placées aux tempes, aux régions jugulaires et mastoïdiennes, à la nuque; les ventouses scarifiées sur toute l'étendue de la colonne vertébrale... Le plus souvent tous ces moyens sont employés à la fois. »

Suivant M. Tourdes, les saignées générales doivent être réservées pour le moment où la réaction se manifeste, et l'on doit mettre jusque-là en usage les saignées locales plus ou moins multipliées, suivant les cas.

Si maintenant nous recherchons avec cet auteur quels ont été les effets réels de ces pertes de sang considérables, nous voyons qu'ils ont été bien peu notables, et que, malgré des saignées copieuses et nombreuses, malgré les sangsues, malgré les ventouses scarifiées, la maladie n'en continuait pas moins à faire des progrès, et, ce qui doit être remarqué avec plus de soin encore, les principaux symptômes n'étaient pas sensiblement amendés. Voici, du reste, comment M. Tourdes juge en définitive la valeur de ce moyen :

« Nier, dit-il, d'une manière absolue l'utilité des émissions sanguines, ce serait tomber dans une exagération aussi fâcheuse que la confiance illimitée en l'emploi de ce moyen. Les faits donneraient un démenti à cette proscription injuste. Il est un certain nombre de cas dans lesquels les saignées appliquées au début et dans les deux premières périodes ont amené les guérisons les plus heureuses. Nous pour-

(1) *Loc. cit.*, p. 71.

rions ajouter plusieurs exemples de succès à ceux que l'on a vus plus haut. Malgré l'inefficacité trop fréquente des saignées, elles nous ont rendu, dans cette triste épidémie, plus de services réels que les autres médications. »

Cette conclusion ne me paraît pas aussi rigoureuse qu'on pourrait le désirer. Il eût été important de citer les cas dans lesquels la guérison a été attribuée aux émissions sanguines; car on a peine à comprendre qu'un moyen qui reste sans action sur tous les symptômes, et qui, dans tant de cas, n'a aucune influence réelle, puisse, dans quelques uns réussir à procurer une guérison prompte et rapide. Comme on saigne tous les malades dans cette affection (et qui oserait faire autrement dans l'état actuel de la science?), il faudrait étudier l'effet des saignées, suivant l'époque où elles ont été pratiquées et suivant leur abondance, sur la marche générale de la maladie et sur sa durée exacte, comme l'a fait M. Louis pour la saignée dans la pneumonie. Je crois que de cette manière on arriverait à démontrer que les émissions sanguines ont une influence dans la méningite cérébro-spinale épidémique, mais que cette influence est plus limitée encore que ne pourrait le faire croire le passage de M. Tourdes cité plus haut. Nous verrons du reste plus loin que M. Chauffard (1) attribue à l'opium à dose élevée une efficacité incomparablement plus grande qu'aux émissions sanguines.

On trouve dans le mémoire de M. Faure-Villar l'assertion suivante : « M. Boin, chirurgien-major du 2e hussards, a remarqué, dit-il, sur une quinzaine de malades de son régiment, que, *lorsque la saignée provoquait une syncope*, la maladie avortait presque constamment. » Ce fait est tellement en opposition avec tout ce qui vient d'être dit sur l'influence de la saignée, qu'il faudrait des observations nombreuses, très circonstanciées et sévèrement analysées pour qu'on pût l'admettre.

Je ne fais qu'indiquer ici les *boissons* émollientes, délayantes, rafraîchissantes, les *lavements émollients* ou légèrement *laxatifs* qu'on prescrit aux malades pour compléter le traitement antiphlogistique, parce que l'emploi de ces moyens adjuvants se présente à l'esprit de tout le monde, et que personne n'attache à leur emploi une très grande importance.

Application du froid sur les points malades. On applique généralement des *compresses froides* sur la tête et même sur le rachis; on a recours à la *glace* placée sur le sommet de la tête, et même à l'*irrigation* continue; mais, dit M. Tourdes, ce moyen ne calmait ni les douleurs, ni le délire : beaucoup de malades s'en plaignaient et se refusaient à son application. Lorsqu'il peut être supporté, on doit néanmoins le mettre en usage; car rien ne prouve que, bien qu'il n'ait pas d'effet immédiat, il ne puisse pas à la longue calmer l'inflammation. C'est, du reste, une question qu'il faut soumettre au jugement des observateurs.

Mercuriaux. Les mercuriaux tant à l'intérieur qu'à l'extérieur sont d'un usage si général dans la plupart des affections cérébrales, qu'on devait s'attendre à les voir employés avec empressement dans la maladie qui nous occupe; c'est ce qui a eu lieu, et voici comment M. Tourdes s'exprime à ce sujet :

« Les *mercuriaux*, dit-il, dont l'usage est si généralement adopté aujourd'hui dans le traitement des inflammations, et principalement de celles qui occupent les membranes séreuses, ont été employés à haute dose dans un grand nombre de cas

(1) *Œuvres de méd. prat.*, t. I.

de méningite. Des *frictions* avec 10 ou 30 *grammes d'onguent mercuriel* par jour ont été faites sur le cuir chevelu, sur les cuisses, aux aisselles, le long de la colonne vertébrale. Le *calomel* en même temps était administré à l'intérieur. Dans trois cas, dont un mortel, la salivation s'est produite. Malgré l'élévation des doses et la constance de l'application, cette médication est restée impuissante. C'est à peine si deux ou trois malades ont présenté l'exemple de son heureuse influence. »

Il est encore fâcheux que M. Tourdes ne nous ait pas fait connaître ces exemples ; car, sans passer pour sceptique, on peut bien ne voir que de simples coïncidences dans les guérisons attribuées à certains médicaments, et en pareil cas la preuve est nécessaire.

On pourrait mettre en usage le *calomel* à dose très fractionnée, ainsi que le conseille M. Law pour une autre affection décrite précédemment (1), mais nous ne saurions rien prévoir sur l'influence que pourrait avoir cette manière d'administrer le sel mercuriel.

Révulsifs. J'ai eu maintes fois occasion de parler de l'abus qu'on fait des révulsifs cutanés dans les maladies fébriles. On n'a pas manqué d'avoir recours à ces moyens dans l'affection dont il s'agit ici ; je vais laisser parler M. Tourdes, qui a étudié si attentivement les faits ; on verra que les effets obtenus dans la méningite cérébro-spinale épidémique viennent à l'appui d'une opinion que plusieurs exemples frappants m'ont fait émettre et défendre. « Les *révulsifs cutanés*, dit M. Tourdes, ont été mis en usage dans la plupart des cas ; des *sinapismes* et des *vésicatoires* ont été placés sur les extrémités supérieures et inférieures, à la nuque, le long du rachis, sur le crâne préalablement rasé. On a prescrit jusqu'*à six ou huit vésicatoires d'un grand diamètre sur le même individu ;* on y a eu recours dans toutes les périodes après les émissions sanguines ou concurremment avec elles ; on n'en a point retiré d'avantage évident. Ces révulsifs augmentaient souvent les douleurs sans procurer la diminution d'aucun symptôme. » En présence de ces propositions si explicites et fondées sur des faits bien observés et sévèrement analysés, on peut qualifier l'emploi du *vésicatoire* et même des *sinapismes*, dans cette maladie, de moyens barbares, parce qu'ils n'ont aucune utilité qui puisse faire passer par-dessus les inconvénients incontestables qu'ils présentent. Qu'on juge de l'état d'un sujet à qui l'on applique en une fois de six à huit vésicatoires de grande dimension ! Lorsque le malade est dans le collapsus, et qu'on ne peut trouver aucun moyen de l'en tirer ; lorsqu'il y a insensibilité presque complète, on peut se servir, en désespoir de cause, des vésicatoires et des sinapismes ; mais en faire un moyen de traitement d'un usage habituel dans le cours de la maladie, et compter sur son efficacité, c'est méconnaître les résultats de l'observation et ne tenir aucun compte des souffrances des malades. Dans certains cas observés par M. Lefèvre, les vésicatoires ont produit des ulcérations difficiles à guérir.

Vomitifs ; purgatifs. Parmi les *vomitifs*, c'est le *tartre stibié à haute dose* qui a été donné presque exclusivement. On l'a prescrit de la manière suivante :

℞ Tartre stibié.....	0,30 à 0,60 gram.	Sirop de sucre..........	30 gram.
Opium...............	0,05 gram.	Infusion de tilleul........	120 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerées.

(1) Voy. art. *Tuberculisation des méninges.*

M. Tourdes commence par constater l'inutilité de cette médication employée dès le début dans douze cas, puis il dit que l'émétique a manifestement exercé une influence heureuse chez deux sujets. C'est encore là une assertion qui paraît contradictoire, et qui devrait être appuyée sur des faits détaillés, d'autant plus que les auteurs observateurs, et en particulier M. Lefèvre, ont constaté l'inutilité de ce moyen sans aucune exception.

Le même auteur ayant mis en usage les *purgatifs*, parmi lesquels nous retrouvons le *calomel* dont nous avons parlé plus haut, les a rangés avec raison parmi les moyens accessoires. Il ne leur a vu ni abréger la marche de la maladie, ni diminuer la mortalité d'une manière évidente. Il ne les conseille, comme au reste tous les autres auteurs, que dans le but de faire cesser la constipation. Dans l'opinion qui attache une grande importance à la complication vermineuse, les purgatifs ont dû paraître plus utiles; mais nous avons vu plus haut que l'observation des diverses épidémies a prouvé que cette complication était accidentelle, et qu'on ne pouvait pas voir en elle la cause prochaine de la maladie.

Opium. Il est nécessaire d'entrer dans quelques détails au sujet de ce moyen dont M. Chauffard (1), d'Avignon, a fait la base de son traitement. Ce médecin, se laissant guider, comme les autres, par le caractère inflammatoire de l'affection, employa d'abord les antiphlogistiques, et principalement les saignées générales abondantes, mais presque tous les malades succombèrent. Il eut ensuite recours, avec le même insuccès, aux toniques. Si bien que, dans deux épidémies qui eurent lieu à Avignon, à un intervalle de six mois, on ne compta presque aucune guérison pendant tout le cours de la première et la moitié de la seconde. Il recourut alors à l'opium à haute dose; dès lors, non seulement dans la plupart des cas la maladie fut guérie, mais dans ceux même où l'on n'obtenait pas ce résultat favorable, il survenait du moins une amélioration marquée après l'administration du remède.

M. le docteur Boudin (2) a obtenu les mêmes résultats de l'emploi de l'opium à haute dose, et il a même trouvé dans les effets heureux de ce médicament un argument en faveur de son opinion sur la nature de la maladie, qui, selon lui, n'est autre chose que le typhus. Cet argument ne me paraît pas décisif. Dire que la maladie n'est pas une méningite parce qu'elle ne guérit pas par les saignées, c'est poser en fait que la saignée est le meilleur remède de toutes les inflammations, ce qui est loin d'être prouvé.

Les observations de MM. Forget et Tourdes ne sont pas tout à fait aussi favorables à l'emploi de l'opium. Cependant les faits observés par ces auteurs montrent que, sous l'influence de cette médication, la mortalité a été un peu moindre, mais les cas qu'ils citent sont malheureusement très peu nombreux. En somme, l'opium à haute dose paraît avoir exercé une influence favorable; mais il est à regretter que M. Chauffard n'ait pas démontré le fait par une analyse rigoureuse des cas qu'il a observés.

L'opium est administré à la dose de *deux ou trois décigrammes et quelquefois plus*, dans les vingt-quatre heures. Cette dose, dans les cas observés par M. Chauf-

(1) *Œuvres de méd. prat.*, t. I, p. 156 et suiv. Paris, 1848.
(2) Voy. H. Bailly, thèse citée. Paris, 1850.



fard, était ordinairement prescrite dès le premier jour du traitement. Ce médecin affirme que, toutes les fois qu'il a craint de donner une trop grande quantité du médicament, il a eu à se repentir de cet excès de prudence.

Je livre ces faits à l'appréciation des praticiens ; mais, ce qui ressort de positif de ce qui a été dit plus haut, c'est que, de tous les médicaments proposés, l'opium à haute dose est le seul qui ait été administré avec quelque confiance, et qui ait paru avoir une influence réelle sur la maladie ; à ce titre, il doit être spécialement recommandé.

Sulfate de quinine. Le sulfate de quinine, qui a été vanté pendant quelque temps comme très efficace dans d'autres maladies aiguës, a été administré dans la méningite cérébro-spinale épidémique. Les doses auxquelles il a été prescrit dans les cas dont M. Tourdes nous a donné l'histoire ne se sont pas élevées au-dessus *de* 1,50 *grammes.* Ce qui ressort des faits, c'est que, donné pour triompher de l'affection elle-même, ce médicament n'a eu aucun succès réel, mais qu'il n'en a pas été de même de son emploi dans quelques cas particuliers. Ainsi, dans la convalescence, on a observé quelques *accès véritablement intermittents* (frissons, chaleur, sueurs), avec des phénomènes cérébraux, et le sulfate de quinine les a promptement fait cesser. En pareil cas, on le donne à la dose de 40, 50, 60 centigrammes, comme dans les cas où l'on veut *couper* une fièvre intermittente ordinaire ; mais si les accès résistaient, on élèverait cette dose jusqu'à 1 *gramme* et plus. M. Lefèvre indique quelques cas où la maladie s'étant montrée avec des caractères de fièvre pernicieuse, le sulfate de quinine a eu un prompt succès. Quand on se rappelle les lieux où observe M. Lefèvre, on est tenté de se demander si ces cas n'étaient pas tout simplement des fièvres pernicieuses.

Toniques. Je ne fais que mentionner ici les toniques, et principalement le quinquina, qui, employés comme moyens curatifs, n'ont eu aucun succès, mais qui, administrés dans la convalescence, dans le but de réveiller l'appétit et de hâter le retour des forces, ont eu une certaine utilité.

« L'*acétate d'ammoniaque*, le *vin*, le *camphre* et le *musc* ont été, dit M. Tourdes (1), employés sans aucun succès, dans un petit nombre de cas, pendant la troisième période. »

M. le docteur Besseron (2) a essayé les *inhalations éthérées.* Cet agent a produit des effets sédatifs très évidents ; mais il reste encore à savoir s'il a une influence très marquée sur la terminaison de la maladie. C'est néanmoins ce que l'on peut espérer d'après les faits cités par M. Besseron.

Régime. Le régime est fort simple. Une *diète sévère* pendant tout le temps que durent les principaux symptômes, et des aliments progressivement substantiels dans la convalescence, voilà tout ce qu'il y a à prescrire, sous ce rapport, comme dans les maladies ordinaires.

Traitement prophylactique. Si nous nous rappelons les causes généralement admises par les auteurs qui nous ont laissé des relations des diverses épidémies précédemment mentionnées, nous en déduirons facilement le traitement prophylactique. Assainir les logements ; donner aux militaires des vêtements suffisants,

(1) *Loc. cit.*, p. 181.
(2) *Séances de l'Acad. des sciences*, 10 mai 1847.

ainsi qu'aux autres sujets placés dans les circonstances indiquées plus haut ; proportionner les fatigues aux forces des individus : tels sont les moyens prophylactiques qui doivent être et qui ont été recommandés. Malheureusement les circonstances ne permettent pas toujours d'agir ainsi : c'est alors un devoir, pour le médecin chargé de la santé de grandes réunions d'hommes, de paralyser par tous les moyens en son pouvoir les mauvaises influences dont nous avons parlé. Il recommandera la ventilation fréquente, le chauffage des chambrées, et conseillera de répartir les travaux de manière qu'ils ne soient pas trop accablants pour ceux qui y sont récemment soumis.

CHAPITRE IV.

MALADIES DE LA MOELLE ET DE SES MEMBRANES.

Ces affections, très difficiles à étudier, ont été l'objet de recherches beaucoup moins nombreuses que la pathologie cérébrale. Cependant nous possédons des observations très intéressantes dont les plus importantes ont été rassemblées par Ollivier (d'Angers), à l'ouvrage duquel (1) j'aurai à faire de nombreux emprunts dans le cours de ce chapitre.

SECTION PREMIÈRE.

MALADIES DES MÉNINGES RACHIDIENNES.

Les maladies des membranes de la moelle épinière ne nous offrent qu'un très petit nombre de considérations importantes. Aussi vais-je les passer rapidement en revue, ayant hâte d'arriver aux affections de la moelle elle-même.

ARTICLE Ier.

HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE RACHIDIENNE.

En parlant de l'hémorrhagie méningée cérébrale, et en signalant le passage du sang des ventricules cérébraux dans les membranes du rachis, j'ai indiqué sommairement les principaux symptômes de cette affection. Mais l'hémorrhagie rachidienne a été observée séparément. P. Frank en fait mention ; Chevallier (2), Abercrombie, et quelques autres observateurs, en ont cité des exemples. Ollivier a réuni ces faits, et voici l'impression que laisse leur lecture :

Il survient d'abord une *douleur* vive et ordinairement subite dans une plus ou moins grande étendue du rachis ; puis il y a des convulsions, de la roideur, de la contracture soit des membres inférieurs seulement, soit de presque toutes les

(1) *Traité des malad. de la moelle épinière*. Paris, 1837.
(2) *Med.-chir. Trans.* London, 1816, t. III, p. 102.

parties du corps ; parfois c'est un véritable *tétanos* qu'on observe. On n'a pas noté de paralysie.

L'absence d'un grand nombre de détails dans les observations ne nous permet pas de pousser plus loin cette description. Il suffit d'ajouter qu'en général la maladie a été promptement mortelle.

On n'a rien dit d'important sur les causes de cette affection ; et quant au *traitement*, il consiste dans des *saignées* locales ou générales assez abondantes, et dans les autres moyens opposés à l'hémorrhagie cérébrale, en modifiant le lieu de l'application pour les moyens locaux.

ARTICLE II.

MÉNINGITE RACHIDIENNE.

1° *Méningite rachidienne aiguë.*—Cette affection isolée est beaucoup plus rare que la méningite cérébrale. Les *causes* de cette maladie sont très difficiles à déterminer. Voici comment Ollivier s'exprime à ce sujet : « Les individus sujets aux *affections rhumatismales* paraissent, dit-il, être plus exposés à cette inflammation, qui peut être aussi déterminée, suivant Vogel, par la *suppression des règles* ou des *hémorrhoïdes fluentes.* Chez le sujet de l'observation 107 (1), de même que dans le cas rapporté par M. Cruveilhier (2), la phlegmasie est résultée évidemment d'un *refroidissement* général du corps, d'alternatives de chaleur et d'impression de froid. Elle est souvent *consécutive à une méningite cérébrale* (c'est ce que nous avons vu dans un précédent article). Enfin les *contusions violentes*, les *piqûres* ou les *déchirures* des enveloppes de la moelle, l'altération des vertèbres, sont également des causes assez fréquentes de méningite rachidienne. Il paraît que les *efforts* ont quelquefois produit le même effet. » A l'exception des violences extérieures, on ne saurait regarder les autres causes comme complétement mises hors de doute, car on en a signalé l'existence dans un nombre de faits infiniment petit, et l'on a très bien pu être induit en erreur.

Symptômes. Il est rare, comme je l'ai déjà dit plusieurs fois, que l'inflammation soit bornée aux membranes de la moelle, et n'ait pas envahi les méninges cérébrales. Cependant on possède dans la science quelques cas dans lesquels la méningite rachidienne s'est montrée isolée, et c'est d'après eux que nous allons indiquer rapidement les symptômes.

Le *début* est assez souvent obscur, la *douleur* ne se montrant d'abord qu'à un faible degré, avec un sentiment de picotement, de fourmillement des membres. On voit même un certain nombre de sujets chez lesquels ces premiers symptômes sont précédés d'un malaise général et d'une courbature qui ne peuvent pas encore faire soupçonner la maladie à laquelle on va avoir affaire.

Mais, à une époque d'autant plus rapprochée que la maladie est plus aiguë, la *douleur* devient violente ; elle se propage ordinairement à toute l'étendue des membres inférieurs, et occupe très souvent une grande partie du trajet de la moelle épinière. Elle est *exaspérée par les mouvements*, mais non par la pression, ainsi qu'Ollivier s'en est assuré en analysant les observations.

(1) Voy. Ollivier, *loc. cit.*, p. 280.
(2) *Anat. path. du corps humain*, in-fol. avec pl., 3e livraison.

A ce symptôme se joint très souvent une exaltation considérable de la sensibilité générale, de telle sorte qu'on peut à peine toucher les malades sans leur arracher des cris. Quelquefois des éclairs, des *élancements* de douleur, partant de différents points du rachis, vont envahir les diverses parties du corps.

Bientôt après survient une *contraction tétanique* des muscles de la colonne vertébrale, d'où résulte un véritable *opisthotonos*. Quoique ce symptôme ne soit pas absolument constant dans la méningite rachidienne, il est si fréquent, que quelques auteurs ont regardé cette inflammation comme la lésion anatomique essentielle du *tétanos;* mais nous verrons plus loin que, dans un bon nombre de cas, cette inflammation manque, et que par conséquent tout ce qu'il est permis de faire, c'est de considérer la méningite rachidienne comme une cause assez fréquente du tétanos, qui n'en doit pas moins être décrit à part. La *roideur* s'étend ordinairement aux membres. On a noté le *trismus*, et parfois des *convulsions cloniques* violentes.

On n'observe, du reste, aucune diminution de la sensibilité, et la *motilité* ne présente pas d'affaiblissement marqué, à moins qu'il ne survienne une complication du côté de la moelle.

« La *respiration*, dit Ollivier, est difficile, anhéleuse; ce symptôme est assez fréquent, et se conçoit facilement d'après la nature de la maladie et son siége.

» Le *pouls*, qui offre peu de changements dans le principe, conserve toujours sa régularité, devient ensuite de plus en plus fréquent et perd de sa force; il est petit, concentré, tandis que les mouvements du cœur sont forts et rapides.

» Ordinairement des *sueurs* abondantes couvrent le malade pendant l'accès, lorsque les contractions tétaniques sont intermittentes.

» L'*intestin*, la *vessie* peuvent être le siége de douleurs assez vives, surtout pendant les efforts d'excrétion; Abercrombie en a cité un exemple. Il est très difficile de dire si la paralysie de ces organes appartient souvent à la méningite spinale, parce que, dans les cas où l'on a observé ce symptôme, il existait des complications du côté du cerveau; ce qu'il y a de certain, c'est que ce phénomène peut très bien manquer sans que l'affection en soit pour cela moins bien caractérisée. »

Marche; durée; terminaison. La *marche* de la maladie, considérée d'une manière générale, est continue; cependant il n'est pas rare d'observer une rémission considérable des symptômes, même de la douleur et des contractions tétaniques, et cette rémission peut se produire à diverses reprises; mais en examinant avec soin la manière dont marche la maladie, on s'assure que ses progrès n'en sont pas moins réels à toutes les époques. Les contractions tétaniques reviennent assez souvent par accès.

La *durée* de la méningite rachidienne aiguë est ordinairement peu considérable; dans les observations connues, et dont la terminaison a été la mort, elle n'a guère dépassé un septénaire; la maladie peut néanmoins se prolonger pendant vingt et même trente jours, comme aussi emporter les malades en quatre ou cinq jours.

La *terminaison* est presque constamment, sinon même constamment funeste. Beaucoup de médecins pensent que la guérison n'est jamais obtenue. Ollivier (obs. 108) a cité néanmoins un cas emprunté à J. Frank, où un assez bon nombre de symptômes de la méningite se trouvent, quoique le sujet ait guéri. Mais ce fait est unique, et, de l'aveu d'Ollivier lui-même, il n'est pas parfaitement concluant,

et peut être pris pour une congestion rachidienne aussi bien que pour une méningite. Depuis lors, néanmoins, M. le docteur Carnet (1) a adressé à la *Gazette des hôpitaux* une nouvelle observation de méningite rachidienne qui s'est terminée par la guérison. Nous avons, toutefois, besoin de nouveaux faits pour démontrer jusqu'à l'évidence la curabilité de cette affection.

Diagnostic. Les deux affections avec lesquelles on pourrait le plus facilement confondre la méningite rachidienne sont l'hémorrhagie méningée rachidienne et la myélite. J'exposerai le diagnostic différentiel de la maladie qui nous occupe et de la myélite en traitant de cette affection. Quant aux signes qui distinguent l'*hémato-rachis* de la méningite rachidienne, ils se réduisent à ceci : Dans la première de ces deux maladies, l'invasion est brusque, les contractions tétaniques ou les convulsions cloniques générales manquent quelquefois, la sensibilité n'est pas exaltée, elle est même quelquefois émoussée, la pression exaspère parfois la douleur; tandis que dans la seconde l'invasion est graduelle, les contractions tétaniques ou les convulsions cloniques ne manquent pas, la sensibilité générale est exaltée, et la pression n'exaspère pas la douleur.

Tous ceux qui sont un peu au courant des recherches sur les affections de la moelle et de ses membranes comprendront que ce diagnostic ne peut être donné que comme provisoire. Nous n'avons pas encore, en effet, d'observations assez nombreuses et assez variées pour nous prononcer d'une manière positive.

Quant au *pronostic*, ce que j'ai dit plus haut de la terminaison de la maladie est suffisant.

Traitement. Les *saignées* générales et locales plus ou moins répétées ; les *bains tièdes* prolongés pendant plusieurs heures, tels sont les seuls moyens qui aient été généralement employés contre la méningite rachidienne.

Ollivier (2) pense que l'application du *froid* (compresses froides, glace, irrigation) doit avoir de bons effets; mais il ne peut pas s'appuyer sur l'expérience à cet égard.

L'*opium* à haute dose, dont nous avons vu les bons effets dans la *méningite cérébro-spinale épidémique*, devra aussi être expérimenté dans la méningite rachidienne-sporadique, surtout si la sensibilité générale est très exaltée, s'il y a des convulsions douloureuses, etc.

Quant aux *topiques irritants*, aux *frictions stimulantes*, c'est surtout lorsque la maladie tend à passer à l'état chronique qu'on les met en usage.

Des boissons adoucissantes et abondantes, le soin de prévenir la rétention d'urine dans quelques cas, et les précautions générales indiquées dans la méningite cérébrale, complètent ce traitement sur lequel de nouvelles recherches sont bien nécessaires.

Dans les cas cités par M. Carnet (3) les saignées, les mercuriaux et l'opium ont été employés ; mais l'auteur attribue surtout la guérison *aux bains prolongés et fréquents* auxquels le malade fut soumis.

2° *Méningite rachidienne chronique.* —Nous n'avons sur la méningite rachidienne chronique que des données tout à fait incomplètes. Voici ce que dit Ollivier à ce

(1) Voy. *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 mars 1852.
(2) *Loc. cit.*, p. 300.
(3) *Loc. cit.*

sujet : « Enfin, quand cette phlegmasie est chronique, elle ne donne lieu, le plus souvent, qu'à des *douleurs dorsales sourdes*, accompagnées d'*engourdissement* profond dans cette région et d'un *sentiment de fatigue dans les membres*. Les malades éprouvent de temps en temps de *légères exacerbations* dans ces douleurs, qui peuvent se dissiper après plusieurs mois ; d'autres fois elles deviennent aiguës, et les malades succombent en offrant tous les accidents qui viennent d'être décrits. »

On voit par cette description combien l'histoire de la méningite rachidienne chronique est peu avancée, et à quelles erreurs de diagnostic on s'exposerait si l'on regardait les symptômes précédents comme caractéristiques. Je n'insiste donc pas, et je me contente de rappeler, relativement au traitement, que les *toniques excitants et résolutifs*, *les eaux minérales sulfureuses*, *ferrugineuses*, etc., sont particulièrement recommandés dans cette forme chronique.

ARTICLE III.

ALTÉRATIONS CHRONIQUES DIVERSES DES MÉNINGES RACHIDIENNES.

On trouve épars dans les auteurs un certain nombre de faits dans lesquels les membranes de la moelle ayant présenté des lésions telles qu'il en résultait une tumeur plus ou moins considérable, la moelle s'est trouvée comprimée, et de là des symptômes que M. Ollivier, d'Angers (1), a décrits sous le titre de *Compression lente, indépendante d'une altération des vertèbres ou de leurs ligaments*. Les tumeurs dont il s'agit peuvent être des *fongus de la dure-mère rachidienne* analogues à ceux de la dure-mère cérébrale, ou bien le résultat du développement d'un tissu accidentel, ou seulement, comme Ollivier en rapporte un exemple, un *épaississement considérable* des membranes. Les cas de ce genre sont rares. Il suffit de les avoir énumérés, et d'en exposer très rapidement les symptômes.

Compression lente de la moelle. La compression de la moelle ayant lieu lentement en pareil cas, les *symptômes* sont généralement peu prononcés, au moins pendant une assez grande partie du cours de la maladie. « Ils consistent, dit Ollivier, dans la *paralysie* plus ou moins complète du sentiment et du mouvement, ou de ces deux facultés à la fois, sans que le plus souvent il y ait une lésion notable des fonctions de l'intestin et de la vessie, organes qui ne sont soustraits à l'empire de la volonté que dans les derniers temps. On observe aussi très souvent l'*absence de la transpiration* cutanée dans les membres paralysés. La *peau* est sèche, l'épiderme s'en détache continuellement, et forme à sa surface une couche furfuracée. L'*infiltration des membres inférieurs* est encore un phénomène qu'on observe assez fréquemment quand la maladie dure depuis quelque temps. »

Je ne pousse pas plus loin cette description, parce que, dans l'article de l'auteur que je viens de citer, il est question de la compression lente de la moelle, quelle qu'en soit la cause, et que la plupart des détails que j'ajouterais ne s'appliqueraient pas aux lésions particulières dont je m'occupe ici. Ce que j'ai voulu montrer, c'est que les symptômes qui résultent des dégénérescences des méninges rachidiennes formant tumeur, ne diffèrent pas de ceux que nous avons signalés en parlant des *anévrysmes* qui viennent comprimer la moelle ; et comme tout *traitement* est infructueux contre ces dégénérescences, cette indication suffit.

(1) *Traité des maladies de la moelle épinière*, 3e édit. Paris, 1837, p. 418 et suiv.

SECTION DEUXIÈME.

MALADIES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

Nous avons sur les maladies de la moelle épinière des renseignements un peu plus positifs que sur les affections des méninges rachidiennes ; mais il ne faut qu'avoir parcouru les travaux des auteurs sur ce sujet de pathologie pour s'assurer que nous sommes encore bien loin d'avoir une histoire tout à fait satisfaisante de ces affections généralement fort graves. Avant que l'anatomie pathologique fût venue nous éclairer sur la nature des lésions dont la moelle épinière peut être le siége, on se contentait de décrire comme des maladies particulières un certain ensemble de symptômes ou un symptôme isolé, tel que la *paraplégie*. On trouve, en effet, le plus grand nombre des affections dont nous allons tracer l'histoire décrites sous ce nom de paraplégie dans la plupart des auteurs qui nous ont précédé ; et comme les observations qui ont servi à ces descriptions sont nécessairement très incomplètes, il en résulte que la pathologie de la moelle épinière, comme celle du cerveau, ne peut guère être étudiée que dans les auteurs de ce siècle et de la fin du siècle dernier. Ollivier, d'Angers, étant, ainsi que je l'ai dit plus haut, l'auteur qui a rassemblé et étudié le plus grand nombre d'observations de quelque valeur, c'est à lui qu'il faut faire les plus larges emprunts.

Suivant le même ordre que pour l'étude des affections des autres organes, je commencerai par décrire la *congestion sanguine de la moelle*, puis je passerai à l'étude de l'*hémorrhagie de cet organe*, de son inflammation ou *myélite*, et des diverses altérations dont il peut être le siége.

On voit que, dans cette énumération, je ne comprends pas une prétendue affection décrite par quelques auteurs anglais et américains sous le nom d'*irritation spinale* ; j'ai prouvé ailleurs (1) qu'une fausse interprétation des symptômes a pu seule faire admettre l'existence de cette irritation, qui n'est autre chose que la *névralgie dorso-intercostale*, et, par conséquent, il serait inutile d'en faire l'histoire comme d'une maladie à part. J'ai dit, il est vrai, que dans quelques cas la congestion de la moelle épinière peut revêtir les caractères auxquels les auteurs cités plus haut reconnaissent une irritation de la moelle ; mais il me suffit de mentionner ici ces cas très rares.

ARTICLE Ier.

CONGESTION SANGUINE DE LA MOELLE.

La congestion sanguine de la moelle épinière est une des affections rachidiennes sur lesquelles nous avons les données les moins positives. Pour le prouver, il me suffit de citer le passage suivant d'Ollivier (2) : « Je ne chercherai point, dit-il, à présenter ici une histoire des congestions rachidiennes que je viens d'étudier. Les faits que je rapporte ne sont pas encore assez nombreux pour servir de base à un résumé qui puisse offrir le tableau de tous les effets que les congestions sont susceptibles de produire. En voulant généraliser ainsi les conséquences déduites d'un

(1) Voy. *Traité des névralgies*, art. *Névralgie intercostale*.
(2) *Loc. cit.*, p. 136.

petit nombre d'observations, je m'exposerais à voir mes conclusions modifiées ou contredites par des observations ultérieures. » Or, comme depuis l'époque où écrivait cet auteur on n'a pas fait de recherches nouvelles un peu suivies, nous nous trouvons encore dans le même embarras, et il suffit, par conséquent, d'exposer rapidement les principaux points de cette histoire encore très incomplète.

Causes. Les circonstances principales dans lesquelles on voit se développer la congestion de la moelle sont les suivantes. Nous signalerons d'abord la *suppression des flux :* ainsi la suppression du flux hémorrhoïdal, des règles, et même des lochies. On trouve aussi dans l'ouvrage d'Ollivier une observation dans laquelle la maladie s'est déclarée à la suite de la *suppression de la sueur des pieds.* Dans quelques autres observations, on voit, comme circonstance principale, une *inflammation du tube digestif,* à laquelle ont succédé les symptômes d'une congestion de la moelle ; dans d'autres, c'est pendant la convalescence d'une maladie grave, de la *fièvre typhoïde* en particulier, que la maladie est apparue. Certains faits portent à croire qu'il n'est pas besoin d'une suppression complète des règles pour produire cet effet, et que l'*irrégularité de la menstruation* est une cause suffisante (1). On a encore attribué cette congestion au *vice rhumatismal,* et J. Frank, en particulier, reconnaît une *congestion rachidienne rhumatismale ;* les faits ne sont pas assez nombreux pour qu'on puisse se prononcer sur ce point. Enfin on a rangé parmi les causes de la congestion sanguine de la moelle l'*abus des plaisirs vénériens* et la *masturbation.*

Symptômes. Ollivier a divisé la congestion de la moelle épinière en deux espèces ; mais, en examinant les faits, on voit que la seconde espèce n'est autre chose qu'une congestion avec complication d'hémorrhagie méningée ou *hémato-rachis ;* or, j'ai plusieurs fois exposé les raisons qui nous engagent à ne considérer d'une manière spéciale que les maladies non compliquées, et je me contenterai, par conséquent, de décrire la première espèce, me réservant seulement de dire quelques mots de cette complication, surtout à l'article du traitement.

Le *début* de l'affection est assez souvent subit, comme celui de la *congestion cérébrale.* Il arrive même dans quelques cas, ainsi que le fait remarquer Ollivier, que les premiers accidents se manifestent la nuit, et le malade s'éveille alors avec des accidents divers, suivant que la congestion occupe une partie plus ou moins élevée de l'organe. Dans un bon nombre de cas, les symptômes surviennent peu à peu, et l'on voit apparaître d'abord la lourdeur des membres inférieurs, puis la difficulté des mouvements, jusqu'à ce que la paralysie soit manifeste. Les cas de ce genre sont ceux dans lesquels la maladie est le moins évidente.

Les symptômes de la maladie confirmée sont différents, suivant que la congestion occupe les divers points de la moelle. Si elle est bornée à la partie inférieure, on observe la *paralysie* plus ou moins complète des membres inférieurs, quelquefois avec une *douleur* ordinairement peu vive des lombes ou de la région sacrée, souvent en l'absence de toute douleur. Si la congestion remonte jusqu'au bulbe rachidien supérieur, il y a en outre une gêne plus ou moins grande de la *respiration,* et la paralysie s'empare des membres supérieurs.

Les cas ne sont pas très rares où l'on n'a pas observé d'autres symptômes que la

(1) Voy. Ollivier, obs. 75.

paralysie bornée aux *membres supérieurs*. Ollivier en cite plusieurs exemples. Dans les cas ordinaires, la *vessie* et le *rectum* ne présentent pas cette paralysie que nous trouverons fréquemment dans le ramollissement de la moelle. Chez quelques sujets dont la maladie a été mortelle, ce symptôme s'est manifesté à un médiocre degré vers les derniers temps de la maladie.

La *sensibilité* ne présente ordinairement rien de remarquable, lorsqu'il n'y a pas de complication. Cependant, chez les sujets dont l'affection est portée au plus haut degré, il y a une obtusion de la sensibilité dans les membres plus ou moins complétement paralysés ; mais comme les cas de ce genre sont ceux dans lesquels la maladie se développe graduellement, il y a quelques doutes sur la nature du mal.

On ne trouve du côté des autres appareils aucun phénomène qui appartienne en propre à l'affection qui nous occupe. Dans les cas simples, les fonctions cérébrales restent intactes jusqu'au dernier moment, et lorsque le malade succombe il peut conserver jusqu'à la mort toute sa connaissance.

J'ai dit plus haut qu'il n'est pas rare de voir l'*hémorrhagie méningée* se joindre à la congestion de la moelle. Les signes qui annoncent cette complication sont les *convulsions*, la *contracture* des membres qui reçoivent l'influx nerveux de la partie congestionnée, et de plus une *douleur* vive dans un point plus ou moins étendu de la colonne vertébrale. Il est rare que, même dans les cas les plus simples, la congestion ne se montre pas à la fois dans la moelle et dans la pie-mère qui la recouvre, sans qu'il y ait toutefois un véritable hémato-rachis. On a trouvé, dans cette circonstance, une explication de la paralysie du mouvement en l'absence de la paralysie du sentiment. On a dit, en effet, que la moelle étant plus rapprochée de la paroi antérieure du conduit rachidien que de la postérieure, la compression résultant de la turgescence des vaisseaux méningés devait se faire principalement sur les cordons antérieurs, d'où partent les nerfs du mouvement ; mais ce n'est pas là encore un fait démontré.

Marche ; durée ; terminaison de la maladie. La *marche* de la maladie est variable suivant les cas. On voit des sujets qui éprouvent brusquement les accidents que je viens d'énumérer, et qui, au bout d'un petit nombre d'heures, en sont débarrassés ; parfois même les accidents se reproduisent plus tard de cette manière, ce qui constitue des espèces d'accès ; mais ces cas sont les plus rares. Ordinairement la congestion, qu'elle soit survenue brusquement ou lentement, persiste pendant un temps assez long ; c'est du moins ce qu'on remarque dans la plupart des cas cités par Ollivier. Il suit de là que la *durée* de cette affection peut être assez considérable. Il est rare que les sujets aient recouvré l'intégrité de leurs fonctions avant quelques semaines, et souvent la durée est de deux ou trois mois. N'y a-t-il dans ces derniers cas qu'une simple congestion ? C'est ce qu'il est impossible de décider dans l'état actuel de la science.

La *terminaison* s'est montrée rarement funeste dans les cas rapportés par les auteurs. Lorsque les accidents se sont dissipés très rapidement, comme dans les cas de congestion cérébrale brusque, on n'a pas pu conserver de doute sur la nature de la maladie ; mais lorsque la guérison s'est fait longtemps attendre, ce qui, il faut le dire, est le cas le plus fréquent, le diagnostic offre la même incertitude que dans ces cas de congestion cérébrale lente dont nous avons parlé dans un autre

article, en sorte que sur ce point ce que nous pourrions dire de la terminaison n'aurait pas une précision très grande.

Les *lésions anatomiques* sont les mêmes que celles de la congestion cérébrale, sauf que la congestion rachidienne porte au moins autant, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, sur la pie-mère rachidienne que sur la moelle elle-même. Dans un cas très intéressant recueilli par Dance et rapporté par Ollivier, la congestion n'avait existé que dans les membranes, ou du moins elle avait été très faible dans la moelle, puisque l'autopsie ayant été faite, Dance trouva la moelle *intacte*. Je n'ai pas besoin d'ajouter que cette congestion de la pie-mère consiste dans la turgescence des vaisseaux sanguins et dans la multiplicité des petits vaisseaux apparents.

Diagnostic. Ce que j'ai dit plus haut de la difficulté de tracer une description exacte de la congestion rachidienne a dû nous faire pressentir la difficulté du diagnostic dans un bon nombre de cas. Lorsque les accidents surviennent brusquement et se dissipent en peu d'instants, le diagnostic ne présente guère d'incertitude; on ne pourrait, en effet, hésiter qu'entre une congestion brusque et une *apoplexie sanguine de la moelle;* mais l'hésitation ne serait pas de longue durée; car la prompte disparition des accidents ne permet pas de songer longtemps à une hémorrhagie. Mais les cas de ce genre sont les plus rares; ordinairement la maladie est survenue lentement et se dissipe de même. Il est bien difficile alors de repousser complétement l'idée d'une affection intéressant plus ou moins profondément l'organe (ramollissement de la moelle; compression, etc.). Les circonstances dans lesquelles la maladie s'est produite (1) peuvent donner des présomptions, mais non des certitudes. Il serait donc prématuré de vouloir présenter un diagnostic très précis, et c'est pourquoi, imitant la sage réserve d'Ollivier, je n'insiste pas davantage.

Pronostic. Le pronostic de cette affection est ordinairement peu grave; aussi serait-il très nécessaire de pouvoir porter le diagnostic avec plus de certitude. C'est un sujet qui, par son importance, se recommande vivement aux observateurs. Mais quelquefois, nous l'avons vu, il suffit d'une congestion étendue et prolongée pour causer la mort; c'est ce qui ressort de quelques observations citées par Ollivier. Lorsque la paralysie occupe une très grande étendue du corps, lorsque la respiration devient très gênée, le cas est beaucoup plus grave que dans les conditions opposées; et s'il survient des convulsions, de la roideur, on doit craindre une complication d'hémato-rachis, qui est très grave.

Traitement. Voici comment Ollivier expose ce qui résulte des observations relativement au traitement: « On peut conclure, dit-il, du rapprochement des faits que je rapporte comme exemples des deux espèces de congestion rachidienne, que, *dans la première* (congestion simple), il convient d'appliquer des *sangsues* sur la région vertébrale, seulement quand il existe une douleur dorsale; dans le cas contraire, on devra recourir, dès le début, aux *vésicatoires volants*, fréquemment répétés, jusqu'à ce que la paralysie soit dissipée.

» Quand les accidents persistent, malgré l'emploi continué de ce traitement, il peut être fort utile de mettre l'*électricité* en usage, en plaçant un des conducteurs sur le rachis, et l'autre à l'extrémité de chacun des doigts ou des orteils successi-

(1) Voy. ce que nous avons dit des *causes*.

vement. Ce fluide agit-il en favorisant la résorption du liquide, ou en activant la circulation dans les parties où son cours est ralenti ou entravé momentanément? Quel que soit le mode d'action de cet agent thérapeutique, on a vu que dans plusieurs cas on lui a dû la guérison.

» Les *purgatifs salins* seconderont souvent l'efficacité du traitement.

» *Dans la seconde espèce* de congestion rachidienne (congestion avec hématorachis), la nature des symptômes réclame dès l'origine un traitement antiphlogistique énergique. Les *saignées générales*, et surtout des applications réitérées d'*un grand nombre de sangsues* sur la région douloureuse du rachis, sont particulièrement indiquées.

» Après les évacuations sanguines ainsi répétées, si l'on obtient peu de diminution dans les accidents, ne conviendrait-il pas d'employer alors des *applications d'eau froide* et de *glace* sur les points où la congestion paraît avoir plus particulièrement son siége? »

J'ai peu de chose à ajouter à ce traitement proposé par Ollivier. Je pense cependant qu'on peut indiquer les *saignées générales* dans le traitement de la première espèce qui est la congestion simple dont nous nous occupons ici. Il est évident en outre que les *ventouses scarifiées* peuvent remplacer, et souvent avec avantage, les sangsues.

ARTICLE II.

HÉMORRHAGIE DE LA MOELLE ÉPINIÈRE.

L'hémorrhagie de la moelle épinière n'a pas pu être étudiée, à beaucoup près, aussi bien que l'hémorrhagie cerébrale. Cependant nous en possédons plusieurs exemples fort intéressants dont les principaux ont été rassemblés par Ollivier (d'Angers); ils suffisent pour servir de sujet à des considérations générales de quelque intérêt.

Faut-il étudier cette affection suivant qu'elle occupe tel ou tel point de la moelle? Je pense que cette division n'est réellement utile que quand il s'agit d'exposer les symptômes et de discuter le diagnostic; j'y aurai égard en traitant de ces deux points.

§ I. — Définition; synonymie.

L'hémorrhagie de la moelle est l'extravasation du sang dans la substance médullaire; c'est une affection rare. On lui a donné les noms d'*apoplexie de la moelle*, d'*hématomyélie;* celui que j'adopte ici est aujourd'hui le plus usité.

§ II. — Causes.

L'étiologie de cette affection n'a réellement pas été étudiée. On ne remarque ordinairement dans les observations citées aucune circonstance qu'on puisse regarder comme cause prédisposante ou occasionnelle. Je ne trouve que deux faits rapportés l'un par le docteur Bellingeri (1), et l'autre par M. Grisolle (2), qui fournissent quelques renseignements à cet égard. L'un des deux malades souffrait beaucoup *quand il descendait de voiture* après une course même peu considé-

(1) *Annal. univ. di med.*, octobre et novembre 1824.
(2) *Obs. de mal. de la moelle* (*Journ. hebd. de méd.*, janvier 1836).

rable, et c'est peu d'heures après un voyage en voiture qu'il succomba par suite d'une hémorrhagie de la moelle ; l'autre avait l'habitude de porter de *lourds fardeaux sur les épaules*. Je cite ces faits pour mémoire, me gardant bien d'ajouter la série de causes que les idées théoriques ont pu faire admettre à quelques auteurs, mais que ne sanctionne pas l'expérience.

§ III. — Symptômes.

Les cas sont très différents, suivant que l'hémorrhagie affecte le bulbe supérieur de la moelle ou bulbe céphalique, ou qu'elle se produit dans un point de la moelle situé au-dessous. Dans le premier cas, en effet, *la mort est subite;* c'est du moins ce qui résulte des faits rassemblés par Ollivier, tandis que, dans le second, on observe une série de symptômes qui présentent, sans doute, des différences suivant le siége de l'hémorrhagie, mais qui ont au fond une assez grande ressemblance pour qu'on en puisse tracer une description générale.

Voici d'abord le résumé qu'Ollivier nous a donné des cas qu'il a rassemblés : « Chez tous les malades, sans exception, une douleur locale, vive, et qui correspondait au siége de l'hémorrhagie, s'est manifestée *tantôt sans symptômes précurseurs*, *tantôt précédée*, *pendant un temps variable*, *de douleurs rachidiennes plus ou moins étendues*, mais dont le point de départ est toujours en rapport avec celui de l'hémorrhagie.

» Dans le premier cas, la *paralysie est subite et instantanée ;* dans le second, elle survient un, deux, trois et quinze jours après l'apparition des premiers accidents, et quelquefois alors *elle se manifeste progressivement.*

» Une *sensation douloureuse* peut précéder la paralysie du *mouvement* et du *sentiment* dont les membres sont frappés ultérieurement. Mais *on n'observe pas les secousses convulsives des membres*, *les contractions cloniques* qui existent dans l'apoplexie de la moelle allongée.

» Au moment de l'*attaque*, le malade *tombe tout à coup*, mais *sans perdre connaissance ;* frappé de paralysie, il lui est impossible de conserver un instant l'équilibre...

» A ces phénomènes s'ajoute une *dyspnée* de plus en plus grande, et qui hâte ordinairement la mort *quand l'hémorrhagie a son siége* dans la portion cervicale de la moelle épinière (renflement cervical). L'absence de toute autre altération récente chez le sujet dont M. Hutin a rapporté l'histoire porte à penser que l'hémato-myélie de la région cervico-dorsale peut causer rapidement la mort. Le fait observé par M. Gaultier de Claubry (*infiltration sanguine* de la moelle, avec hémato-rachis) prouve qu'une semblable *terminaison* succède aussi très promptement à une désorganisation qui frappe la moelle dans toute son étendue. »

Telle est la description des symptômes présentée par Ollivier ; il y manque plusieurs détails importants, dont je vais donner une énumération rapide.

Parmi les *symptômes précurseurs*, il faut noter une douleur qui parfois occupe le pourtour du tronc, comme une ceinture, et que M. Grisolle a particulièrement remarquée. Dans quelques cas, et principalement dans celui que cet auteur a observé, les symptômes précurseurs étaient dus à un ramollissement de la moelle, au milieu duquel s'est faite l'hémorrhagie.

La *paralysie* porte sur le sentiment et sur le mouvement, mais beaucoup plus

sur ce dernier. Dans le fait rapporté par M. Grisolle, il y avait ceci de remarquable, que par moments les membres inférieurs recouvraient un peu de sensibilité qu'ils reperdaient ensuite. Il existe ordinairement une paralysie des deux côtés du corps ; cette paralysie n'occupe que les membres inférieurs lorsque la lésion a son siége à la région lombaire ; elle se montre dans ces membres et dans une partie du tronc, ainsi que dans la vessie et dans l'intestin (*rétention d'urine*, *urine rendue par regorgement*, *constipation*, *selles involontaires*), lorsque l'hémorrhagie s'est faite vers la région dorsale. Si le renflement cervical est occupé par le foyer sanguin, aux symptômes précédents se joignent la paralysie des bras et la suffocation.

L'observation recueillie par M. Grisolle est on ne peut plus intéressante sous ce point de vue, d'autant plus qu'elle a été recueillie avec le plus grand soin. La *respiration* était extrêmement pénible ; les efforts impuissants des muscles inspirateurs se faisaient remarquer au premier abord, et l'*on n'entendait pas le murmure respiratoire*, ce qui tenait, sans aucun doute, à ce que la quantité d'air que les contractions pénibles des muscles attiraient dans le poumon était trop peu considérable. Il y a, en pareil cas, une véritable asphyxie lente. En outre, par suite de la faiblesse extrême de la respiration, il y avait une *aphonie* qui mérite d'être mentionnée.

Ordinairement la paralysie occupe les deux côtés du corps, parce que l'hémorrhagie n'est presque jamais bornée à un seul côté de la moelle ; mais si la lésion est ainsi circonscrite, il en résulte une *hémiplégie*, comme le démontrent quelques faits cités par Ollivier. C'est du même côté que la lésion que s'observe cette hémiplégie.

L'*intelligence* reste intacte ; dans quelques cas on a noté de très légers étourdissements qui n'ont pas une importance réelle.

§ IV. — Marche, durée, terminaison.

Parmi les cas qui ont été rapportés par les auteurs, la plupart, ainsi que nous l'avons vu plus haut, présentent des symptômes précurseurs très notables, après lesquels survient brusquement la paralysie plus ou moins étendue, qui persiste ensuite jusqu'au dernier moment. Telle est la marche ordinaire de la maladie ; quelquefois, au contraire, il n'existe aucun symptôme précurseur, et la paralysie survient à l'improviste, comme dans un certain nombre de cas d'hémorrhagie cérébrale. Enfin, M. Monod a cité une observation dans laquelle l'hémorrhagie s'est produite lentement, comme l'a prouvé la paralysie croissante.

La *durée* de cette affection est variable ; en général, néanmoins, on voit succomber les sujets en peu de jours. Dans les cas de guérison, la maladie peut laisser des traces ineffaçables, comme chez les sujets atteints d'hémorrhagie cérébrale.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Lorsque la paralysie se produit brusquement, surtout sans aucun symptôme précurseur, le diagnostic ne présente pas de grandes difficultés, car la persistance de la paralysie, après les premiers accidents, suffit pour éloigner l'idée d'une simple *congestion sanguine de la moelle ;* cependant on peut se demander si un ramollissement inflammatoire ne pourrait pas se produire d'une manière subite

dans cet organe aussi bien que dans le cerveau. C'est une question qui ne peut être résolue dans l'état actuel de la science, quoique tout nous porte à admettre la possibilité du fait. Lorsqu'il existe des symptômes précurseurs, l'invasion subite de la paralysie dans les points situés au-dessous de la région où s'était fait sentir la douleur due au ramollissement, la chute du malade au moment de l'attaque, l'impossibilité de se relever, sont les signes auxquels on reconnaît l'existence de cette hémorrhagie.

Pronostic. « L'hémato-myélie, dit Ollivier (1), est-elle susceptible de guérison? La question n'est pas douteuse. Le cas rapporté par M. Cruveilhier la résout affirmativement. Le foyer apoplectique découvert à l'autopsie datait évidemment de la première attaque, c'est-à-dire de cinq ans environ, pendant lesquels M. M... avait joui d'une parfaite santé. Il peut donc survenir ici les mêmes phénomènes locaux que dans la moelle allongée et le cerveau. La guérison sera d'autant plus complète, que l'épanchement aura simplement écarté les vaisseaux nerveux sans interrompre leur continuité. » Il faut ajouter, pour compléter le pronostic, que le siége de la maladie est une considération très importante quand il s'agit d'en juger la gravité. Plus, en effet, on se rapproche du bulbe rachidien, plus l'affection est grave. La gêne excessive de la respiration, lorsque l'hémorrhagie occupe la partie supérieure de la moelle, est, ainsi que nous l'avons vu plus haut, une circonstance très fâcheuse, puisque le malade succombe par asphyxie.

§ VI. — Traitement.

Du petit nombre de faits un peu détaillés qui ont pu être réunis, il n'est pas possible de tirer des conséquences thérapeutiques très précises. Voici comment s'exprime sur ce point Ollivier, qui a étudié ces faits : « Le traitement, dit-il, doit principalement consister en *saignées* abondantes, *générales* et *locales ;* leur action sera très utilement secondée par un *repos absolu*, les mouvements imprimés au tronc pouvant nuire au travail de résorption que des pertes de sang réitérées doivent tout à la fois favoriser et hâter. L'observation de M. Monod montre que l'application de *dérivatifs énergiques* près du siége de l'hémorrhagie peut être plutôt nuisible qu'avantageuse ; toutefois les cas d'hémato-myélie sont trop peu nombreux pour qu'on puisse tracer encore toutes les règles du traitement que réclame cette maladie. » On peut ajouter à ce traitement les divers *moyens excitants* que l'on emploie contre la paralysie persistante, dans les cas où les premiers accidents ont complétement cessé ; mais je n'entrerai ici dans aucun détail à ce sujet, parce que j'aurai à m'en occuper longuement à l'occasion du traitement de la paraplégie, due soit à la myélite, soit à toute autre lésion.

ARTICLE III.

MYÉLITE.

La myélite est une affection dont l'histoire laisse encore beaucoup à désirer, bien que nous possédions sur elle un certain nombre d'observations fort intéressantes. Dans le cours de cet article, je mentionnerai les travaux les plus importants sur ce

(1) *Loc. cit.*, p. 200.

point de pathologie ; c'est pourquoi je vais exposer immédiatement la description de cette maladie, qu'il faut diviser en aiguë et en chronique.

1° MYÉLITE AIGUE.

Les symptômes observés dans les différents cas de myélite aiguë qui ont été publiés par les auteurs sont assez variables, et nulle part on ne trouve une analyse très rigoureuse de ces faits, en sorte que la description de cette affection ne peut pas avoir, dans l'état actuel de la science, toute la rigueur désirable, et que, comme on le verra plus loin, le diagnostic, dans un certain nombre de cas, offre beaucoup de difficultés.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *myélite aiguë* à l'inflammation qui reste bornée à la substance nerveuse de la moelle, et qui parcourt rapidement ses périodes. On voit, d'après cette définition, qu'on aurait tort de décrire, avec Bergamaschi (1) et quelques autres, comme une seule et même maladie, la méningite rachidienne et l'inflammation de la moelle elle-même.

On a pensé que cette affection avait été désignée par Hippocrate sous le nom de *pleuritidis dorsalis*, mais rien n'est moins prouvé. La myélite, soit simple, soit compliquée, a été encore décrite sous les noms de *rachialgitis*, *spinitis*, *notœomyelitis*. Le nom que nous adoptons a généralement prévalu.

On ne saurait regarder la myélite aiguë comme une maladie fréquente, et l'on doit attribuer au trop petit nombre d'occasions que nous avons de l'étudier les obscurités qui se trouvent encore dans son histoire.

§ II. — Causes.

Voici comment s'exprime Ollivier au sujet des causes ; il serait difficile d'ajouter quelque chose d'important à ce passage : « A l'exception des causes apparentes, telles que les *efforts*, les *chutes*, les *coups violents* portés sur le rachis, la *fracture* et le *déplacement des vertèbres*, l'*altération de ces os ou de leurs téguments* par une carie scrofuleuse ou par le rachitis, il est souvent difficile de connaître celles sous l'influence desquelles la myélite peut se développer spontanément... On l'observe plus souvent chez l'*homme* que chez la *femme*.

» La *suppression des règles et des hémorrhoïdes fluentes* peut, suivant Vogel (2), déterminer cette inflammation. N'a-t-il pas confondu les effets de la congestion avec ceux de la myélite ? On la voit aussi se développer, selon J.-P. Frank (3), consécutivement à une *méningite cérébrale*, à une *pneumonie*, et à l'*inflammation des organes digestifs*. M. Ribes pense, comme ce dernier auteur, que le *rhumatisme* en est souvent la cause. On l'a vue succéder à des *variations de la température*, à une *transition brusque et répétée du froid à la chaleur*. Houstet a publié (4) une observation fort intéressante qui démontre qu'une paraplégie avec abolition des fonctions de la vessie et de l'intestin peut dépendre d'une *cause*

(1) *Sulla mielitide stenica*, etc. Pavia, 1820.
(2) *Handb. des prakt. Arz. Wiss.*, t. IV.
(3) *Traité de médecine pratique*, Paris, 1842, t. I, p. 117.
(4) *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. IV.

vénérienne, et guérir complétement sous l'influence d'un traitement antisyphilitique. »

Je dirai, relativement à l'âge, que Billard a trouvé cette affection chez des *enfants nouveau-nés*, que MM. Rilliet et Barthez ont rapporté plusieurs observations de myélite aiguë chez des enfants d'un âge plus avancé, et je me contenterai de mentionner les causes suivantes signalées par les auteurs, sans preuves suffisantes : *masturbation ; excès vénériens ; coït dans la position verticale ; affections du cœur ; convalescence des maladies graves ; répercussion d'une maladie cutanée ;* etc., etc.

On voit, d'après le vague de ces renseignements, que nous savons très peu de chose sur les causes de cette maladie. Il n'en est peut-être pas une, parmi celles que nous venons de citer (les violences extérieures exceptées), qui puisse soutenir l'épreuve des faits.

§ III. — Symptômes.

Beaucoup de symptômes sont différents, suivant que la maladie a son siége dans tel ou tel point de la moelle épinière ; mais il en est quelques uns qui sont communs à tous les cas et qu'il importe de faire connaître d'abord. MM. Rilliet et Barthez ont divisé l'affection en deux formes : la *forme tétanique* et la *forme non tétanique ;* malheureusement ils ne nous disent pas si ces deux formes correspondent à des lésions différentes, soit par leur siége, soit autrement, en sorte qu'il est difficile de se servir des résultats de leur observation.

Début. On a vu, dans quelques cas, des vomissements bilieux annoncer le début de la maladie comme dans la méningite ; mais malheureusement on n'a pas recherché quel était le point de la moelle lésé en pareil cas. Le docteur Girard (de Marseille) a rapporté un cas dans lequel les vomissements ont non seulement été le premier symptôme, mais encore ont persisté très longtemps ; mais l'autopsie n'ayant pas été faite, la nature de la lésion n'a pas pu être suffisamment établie dans ce cas d'ailleurs fort remarquable (1). Souvent c'est par des fourmillements et l'engourdissement des doigts et des orteils que commence la maladie ; parfois on n'observe au début que des convulsions partielles. Il est rare que la douleur apparaisse en même temps que ces phénomènes : mais lorsqu'elle doit exister, elle ne tarde pas à se faire sentir. On voit, dans quelques cas, cet appareil de symptômes se dissiper pour se reproduire plus tard.

Description des symptômes. La *douleur* est signalée par tous les auteurs comme un des symptômes importants de la myélite. Cependant on a cité un certain nombre de cas dans lesquels elle n'existait pas. Y avait-il réellement alors une inflammation, ou bien n'existait-il qu'un ramollissement non inflammatoire ? C'est ce qui, malheureusement, n'a pas été suffisamment recherché. Suivant les auteurs du *Compendium* (2), la cause la plus ordinaire de ces douleurs est l'inflammation des méninges spinales. Je crois qu'il y a de l'exagération dans cette manière de voir. Dans la plupart des observations que j'ai parcourues, les membranes étaient intactes. La douleur, lorsqu'elle existe, est fixe, ne présente pas d'exacerbations marquées, *augmente* ordinairement *par les mouvements.* Il est néanmoins des

(1) Voy. *Arch. gén. de méd.*
(2) Monneret et Fleury, *Compendium de méd. prat.* Paris, 1846, t. VI, p. 145.

cas dans lesquels la *pression* convenablement exercée peut seule la développer. Klohss (1) a avancé que le décubitus dorsal augmente la douleur, mais Ollivier n'a constaté cet effet dans aucun des cas qu'il a observés ; en sorte qu'on est porté à croire que Klohss a pris l'exception pour la règle.

Ollivier propose, pour déterminer le siége de la douleur, de porter successivement un ou deux doigts sur toutes les apophyses épineuses, et de presser légèrement sur chacune d'elles. Par ce moyen, il a déterminé de la douleur dans des points jusque-là indolores. On comprend difficilement, après cela, que le même auteur dise que la pression n'exaspère pas cette douleur. Cela peut être dans quelques cas, mais non assurément dans tous.

Un autre moyen d'exploration a été recommandé par le docteur Copland (2). Il consiste à promener lentement le long du rachis une éponge imbibée d'eau suffisamment chaude. Sur les parties saines, l'eau ne produit qu'une sensation de chaleur ; sur le point enflammé, cette sensation est brûlante. Les auteurs du *Compendium* citent des cas dans lesquels cette exploration n'a donné aucun résultat semblable.

Je n'ai pas besoin de dire combien il est important d'établir, quand on le peut d'une manière précise, le siége de la douleur, puisque la connaissance du point où siége le mal peut être très utile quand il s'agit de déterminer la gravité du pronostic.

La *paralysie* est le symptôme le plus important de cette affection. C'est principalement sur la *motilité* que porte cette paralysie. Aux fourmillements, au simple engourdissement des extrémités succède une faiblesse qui se fait ordinairement sentir soit dans les pieds, soit dans les mains, avant d'envahir le reste des membres. Puis ceux-ci se prennent à leur tour, et comme c'est surtout dans les membres inférieurs que se montre ce symptôme, c'est par la paralysie des extrémités inférieures que nous allons commencer cette description.

Dans les cas que nous connaissons, la *paraplégie* étant survenue d'une manière lente, voici ce qu'on a observé : Le malade éprouve d'abord une faiblesse marquée dans l'articulation tibio-tarsienne ; il ne détache pas aussi bien qu'auparavant la pointe du pied du sol, et s'il marche sur un terrain raboteux, il bronche fréquemment. Plus tard, la pointe du pied traîne sur le sol à chaque pas, et la plante retombe à plat ; ces symptômes vont ensuite en augmentant, et à une époque plus ou moins éloignée, la faiblesse gagnant l'articulation fémoro-tibiale, le genou fléchit chaque fois que le malade appuie le membre sur le sol. Plus tard encore, le membre peut à peine soutenir le poids du corps, et lorsque le malade veut l'enlever du sol, il fait un mouvement de la hanche et du tronc pour entraîner cette masse presque inerte, de sorte que la progression a lieu plutôt à l'aide des muscles du bassin et du tronc qu'à l'aide des muscles de la cuisse et de la jambe. Enfin il arrive un moment où le membre ne peut plus exercer aucun mouvement ; le malade ne peut pas l'élever au-dessus du plan du lit, et dès qu'il veut s'appuyer dessus, il fléchit, et une chute devient imminente.

Je viens de décrire cette paralysie comme si elle n'affectait qu'un seul membre,

(1) *Dissert. de myelitide*. Halæ, 1820.
(2) *Obs. on the sympt. and treat. of the dis. of spina*, etc. London, 1815.

mais seulement pour plus de facilité; car l'inflammation de la moelle occupant les deux côtés de cet organe, la paralysie est double. Cependant il est assez fréquent de voir un membre plus profondément affecté que celui du côté opposé, ce que l'on reconnaît promptement en faisant marcher le malade, s'il le peut encore, le pied du côté le plus affecté se détachant beaucoup plus facilement du sol que celui du côté opposé. Si le malade est au lit, on s'assure du fait en lui disant d'élever successivement chacun des membres inférieurs.

Dans presque tous les cas, il finit par arriver un moment où le plus petit mouvement volontaire est aboli. Si alors les malades ont les jambes croisées, ils ne peuvent plus les décroiser, et ils sont obligés de mouvoir avec leurs mains les membres paralysés comme des masses inertes.

Dans quelques cas on observe des *secousses convulsives*, pendant lesquelles il est facile d'apercevoir la contraction brusque des muscles fléchisseurs dont la saillie et la dureté sont d'autant plus remarquables que le membre est devenu flasque et amaigri. J'ai vu quelquefois ces contractions se produire à plusieurs reprises en peu de temps, et à chaque fois fléchir un peu plus le membre. Ceci m'amène à dire un mot d'un *mouvement involontaire* signalé par M. Louis dans la myélite chronique (*Mémoires et recherches*, etc.), et que malheureusement on n'a pas recherché dans la myélite aiguë. Nous verrons, en effet, en parlant de cette maladie à l'état chronique, que, dans des cas bien caractérisés, on a noté une contraction involontaire et insensible qui ramène dans la flexion les membres d'abord étendus. Faut-il rapprocher de ce symptôme les convulsions successives dont je viens de parler ? C'est ce que je pense ; mais de nouvelles recherches sont nécessaires à ce sujet.

On observe quelquefois une *roideur* plus ou moins prononcée des membres affectés. En pareil cas, comme dans ceux que je viens de citer, les membres se fléchissent, mais on a de la peine à les étendre ; les contractions involontaires des muscles fléchisseurs s'y opposent. Dans ces mêmes cas, les membres inférieurs sont ordinairement rapprochés l'un de l'autre, et l'on a assez de peine à les écarter. Quelquefois cette roideur devient très considérable. La roideur n'est pas un symptôme continu. Après l'avoir présentée pendant un temps plus ou moins long, les membres retombent dans leur inertie, puis on la voit se reproduire, et cela quelquefois à de nombreuses reprises, jusqu'à ce que la *résolution* devienne *complète* vers les derniers temps de la maladie.

La *vessie* et le *rectum* sont parfois exempts de cette paralysie ; cependant les cas ne sont pas rares où la *rétention* plus ou moins complète de l'urine, la *constipation* par accumulation des matières dans le gros intestin alternant avec des selles abondantes, annoncent, même à une époque peu éloignée du début, que ces deux organes sont affectés. Tous les praticiens savent combien il est important d'avoir présente à l'esprit la possibilité de l'existence de ces symptômes.

« J'ai remarqué si souvent, dit Ollivier, la coïncidence de ces deux phénomènes, savoir : lenteur plus ou moins grande de l'expulsion de l'urine dès le début, et contraction convulsive des membres inférieurs chez les malades qui avaient éprouvé des douleurs rhumatismales articulaires longtemps avant que l'affection de la moelle épinière se manifestât, que je n'hésite pas aujourd'hui à considérer la *myélite* comme *rhumatismale*, quand les malades me présentent ces deux sym-

ptômes dès l'origine de leur maladie. » Puis il ajoute : « Les secousses convulsives et *quelquefois douloureuses* des muscles des membres ne dénoteraient-elles pas que, dans ces cas, les enveloppes fibreuses de la moelle épinière participent à l'inflammation ? » Cette question prouve suffisamment que la manière de voir de l'auteur sur la nature de la maladie, dans les cas dont il s'agit, n'est pas très solidement établie sur les faits. Car d'une part, elle nous apprend que le diagnostic n'a pas été, chez un certain nombre de sujets du moins, vérifié par l'autopsie, et, de l'autre, il est évident que si, pour produire les contractions, il faut que l'inflammation soit étendue aux enveloppes fibreuses de la moelle épinière, on ne peut pas se prononcer affirmativement sur la nature rhumatismale de la maladie, puisqu'une pareille inflammation, de quelque nature qu'elle soit, peut avoir le même effet.

Il est assez fréquent de voir la *sensibilité* se perdre en même temps que la motilité s'affaiblit. Dans les premiers temps les malades s'en aperçoivent principalement en marchant. Ils sentent à peine le sol quand ils y posent le pied, et il leur semble, même sur la pierre, qu'ils marchent sur un tapis épais. Plus tard, le pincement, les piqûres sur la peau sont de plus en plus difficilement sentis, jusqu'à ce que la sensibilité soit entièrement détruite, ce qui n'est pas ordinaire.

Dans quelques cas, au contraire, la sensibilité est exaltée, au moins pendant une certaine partie du cours de la maladie ; et enfin il n'est pas très rare de voir la sensibilité rester à l'état normal, alors même que la motilité est complétement ou presque complétement détruite. Nous verrons plus loin à quoi l'on a attribué ces différences.

Quelques sujets éprouvent des *douleurs* parfois sourdes et continues dans les membres affectés, plus souvent vives et passagères. Il est quelquefois impossible d'imprimer au membre un mouvement sans causer une vive douleur ; mais les cas de ce genre sont rares. Dans mes recherches sur les *névralgies*, j'ai constaté que les sujets atteints de paraplégie sont très exposés aux névralgies des membres inférieurs ; mais, dans les cas que j'ai observés, je n'ai pas pu déterminer d'une manière suffisamment précise s'il s'agissait réellement d'une inflammation de la moelle.

Il est facile d'appliquer aux *membres supérieurs* ce que je viens de dire des membre inférieurs. La paralysie, la roideur, la contracture s'y font remarquer de la même manière, soit que les mêmes phénomènes se passent en même temps dans les membres inférieurs, soit que les membres supérieurs soient seuls affectés. Dans un cas que j'ai eu récemment sous les yeux à l'Hôtel-Dieu annexe, la douleur fut surtout remarquable ; les moindres mouvements imprimés au bras droit causaient de vives souffrances dans l'épaule, et la résolution du membre survint progressivement, avec des alternatives de contracture. A gauche, il n'y eut que de la contracture et un affaiblissement médiocre de la puissance musculaire.

Du côté des *organes de la digestion*, on n'observe pas de phénomènes très remarquables dans les premiers temps de la maladie, à moins qu'il n'y ait un mouvement fébrile assez marqué. Aussi voit-on, lorsque la maladie ne se manifeste que progressivement, les sujets conserver leur appétit et ne se plaindre que de la constipation. Mais, dans un nombre assez considérable de cas, il y a de la *fièvre* dans

les premiers temps. « Le pouls, dit Ollivier, est fréquent, développé, irrégulier, tumultueux ; en un mot, il existe un état fébrile offrant quelquefois des *paroxysmes*; la respiration est gênée et fréquente. »

Enfin, on a signalé comme symptômes de la myélite aiguë l'*érection du pénis* (ce qui est rare) et l'*alcalinité des urines*.

Vers la fin de la maladie, toutes les fonctions paraissent frappées d'inertie ; les malades maigrissent, pâlissent, leur peau devient terreuse, et c'est alors que surviennent les *selles involontaires*, qui les affaiblissent considérablement. Enfin, ils succombent ordinairement après une agonie assez longue, et en conservant souvent leur connaissance, quand il n'y a pas de complication du côté de l'encéphale.

Après cette description générale, il faut, à l'exemple d'Ollivier, rechercher quels sont les symptômes qui se font observer suivant que l'inflammation occupe tel ou tel point de la moelle épinière.

Myélite du bulbe céphalique. Voici comment Ollivier décrit les symptômes produits par cette lésion (1) : « Quand la portion supérieure ou crânienne de ce cordon nerveux est le siége de l'inflammation, il y a souvent *trouble des sens*, *délire furieux*, *trismus*, *grincement des dents* ; la *langue* est rouge, sèche, la *déglutition* difficile, la *parole* impossible ; les mouvements de la *respiration* sont pressés, tumultueux ; des *vomissements* surviennent, etc. ; on a vu quelquefois des symptômes d'*hydrophobie*. A ces phénomènes succède une *hémiplégie* plus ou moins subite, suivie d'une *paralysie* générale, ou bien une *hémiplégie seule*, suivant que le ramollissement occupe un seul faisceau ou les deux faisceaux antérieurs de la moelle. Dans ce dernier cas, la paralysie du mouvement et de la sensibilité atteint quelquefois *simultanément les quatre membres*... » Il peut y avoir des *contractures des membres*, des *phénomènes convulsifs*, de la *dyspnée*, de l'*irrégularité dans les mouvements du cœur*.

Myélite de la portion cervicale. « Ces symptômes, dit Ollivier, à qui j'emprunte ces détails, parce qu'il a analysé les principaux faits, peuvent exister aussi lorsque la myélite réside dans la partie cervicale, et l'on remarque assez souvent alors une *douleur vive à la nuque* et *dans la partie postérieure du cou*, une *rigidité* prononcée *dans les muscles de cette région*, de même que *dans les membres supérieurs* ; la *respiration* est ordinairement très pénible, diaphragmatique. La myélite aiguë, qui occupe cette région, peut être précédée d'un sentiment de *gêne dans la déglutition* et des autres *symptômes d'une angine* plus ou moins intense. Ces phénomènes persistent quelques jours avec *accélération et dureté du pouls*, et il survient ensuite des *fourmillements dans les doigts* de l'une ou de l'autre main, auxquels succède plus tard la *paralysie des membres supérieurs sans celle des inférieurs*, ce qui est rare (2), mais le plus ordinairement celle des uns et des autres. La *dyspnée* s'accroît considérablement, et le malade succombe. Suivant M. Desportes (3), quelques *torticolis* doivent être rapportés à l'inflammation de cette partie de la moelle, et cette phlegmasie donne lieu en même temps à une douleur singulière, insupportable, à la région occipitale, avec oppression ou gêne de la res-

(1) *Loc. cit.*, p. 412.

(2) Tel était le cas que j'ai observé, et dont j'ai parlé plus haut. Ollivier en cite aussi un exemple.

(3) *Revue méd.*, février 1825.

piration, impossibilité de supporter la tête dans une place ou dans une autre, quoiqu'au toucher les muscles du cou soient à peine sensibles. Je ne connais pas d'observation où l'on ait constaté par l'autopsie que la myélite ait donné lieu à de semblables phénomènes. »

Myélite de la région dorsale. « Dans la plupart des cas, continue Ollivier, où l'inflammation du tissu nerveux se développe dans la portion dorsale, entre les deux renflements, on a observé des *secousses convulsives et continues* du tronc; une *agitation générale* à laquelle succède une *résolution* plus ou moins complète. La *respiration* est courte, précipitée, et s'effectue en totalité par l'action des muscles respirateurs externes. Il y a un *état fébrile* général, ainsi que des *palpitations* et des *battements de cœur irréguliers*, quelquefois assez forts pour faire croire à l'existence d'un anévrysme. »

Myélite de la portion lombaire. « Quand, ajoute cet auteur, la partie inférieure de la portion dorsale et la portion lombaire, ou bien le renflement crural de la moelle sont le siége de l'inflammation, on observe plus particulièrement alors la *paralysie des membres inférieurs*, l'*écoulement involontaire ou la rétention des matières fécales et de l'urine*, une douleur profonde bornée à la région des lombes. Le malade éprouve quelquefois des *coliques* vives, des *contractions convulsives des parois de l'abdomen*, la sensation d'un *resserrement pénible* dans cette région. Quelquefois les effets d'un ramollissement aigu de la portion dorso-lombaire de la moelle épinière peuvent *se propager de bas en haut*, au delà du siége de l'altération. C'est ainsi que, dans un cas rapporté par M. Calmeil, les membres supérieurs et le haut du tronc furent agités de secousses convulsives, et que l'asphyxie de plus en plus imminente, ainsi que le trouble de la circulation, et la mort rapide du malade en ont été la conséquence.

» Quant aux *fonctions de l'intestin et de la vessie*, j'ai vu plusieurs paraplégies traitées dès leur début par des émissions sanguines locales et générales, et suivies de guérison, dans lesquelles la paralysie du rectum, et surtout de la vessie, avait disparu en quelques jours, tandis que l'engourdissement des membres inférieurs avait persisté au même degré, et n'avait diminué d'intensité qu'après un temps plus ou moins long. Cette portion de la moelle épinière exerce une influence manifeste sur *l'utérus* ; aussi avons-nous vu l'*afflux périodique du sang accompagné de douleurs lombaires* qui se dissipaient après la cessation des règles. D'un autre côté, la *menstruation* peut s'établir malgré l'existence d'une paraplégie complète. Je n'ai pas observé que la myélite aiguë de la région dorso-lombaire ait donné lieu à quelques désordres fonctionnels dans l'utérus et ses annexes. Enfin on a vu des *accès d'épilepsie* chez des sujets qui offrirent, à la mort, un ramollissement pultacé de cette partie de la moelle. »

Telle est la description la plus exacte que, dans l'état actuel de la science, on puisse donner de la myélite aiguë. Il est sans doute beaucoup de points auxquels l'observation ultérieure donnera un plus haut degré de précision ; mais les phénomènes principaux de la maladie sont assez nettement exposés dans ce passage que je n'ai pas cru devoir abréger.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la myélite aiguë est en général continue, bien qu'il puisse y avoir des améliorations apparentes de durée variable. On voit, par exemple, un membre recouvrer en partie le mouvement après avoir été paralysé, les douleurs se calmer pendant un temps plus ou moins long ; mais en définitive on reconnaît que le mal n'était resté qu'un instant stationnaire, pour faire bientôt de nouveaux progrès. Nous avons signalé plus haut cette marche particulière de la maladie, dans laquelle l'inflammation fait sans cesse des progrès de bas en haut et attaque successivement les diverses portions de la moelle.

La *durée* de l'affection peut être très courte. Dans les faits rapportés par les auteurs, on voit quelquefois la mort survenir en quinze ou vingt heures. « Le plus souvent, dit Ollivier, la mort survient du troisième au quatrième jour ; la maladie peut se prolonger jusqu'au trentième. »

On a vu, dans un des passages cités plus haut, qu'Ollivier parle de certains cas de guérison ; mais il ne les rapporte pas, ou du moins il n'en indique qu'un seul exemple (emprunté à M. Latour) sous forme dubitative, et bien que cette *terminaison* ne paraisse nullement impossible, on ne peut se prononcer sur ce point. Ce qu'il y a de très certain, c'est que la mort est la terminaison presque constante.

§ V. — Lésions anatomiques.

La lésion la plus ordinaire qu'on trouve dans les cas de myélite aiguë, est un ramollissement à un degré très variable suivant les cas. Tantôt, en effet, on voit le tissu de la moelle encore assez résistant, mais cédant sous la pression sensiblement plus que les parties voisines, et tantôt la partie malade est réduite à un véritable liquide d'un blanc jaunâtre et puriforme. La couleur du tissu affecté mérite une mention particulière. Dans les cas où la moelle conserve en partie sa consistance, le tissu est rosé, ou d'un rouge plus ou moins foncé, et nous venons de voir que dans d'autres cas où le tissu nerveux s'écoule comme un liquide la couleur est jaunâtre. Lorsqu'il en est ainsi, on admet généralement que la moelle est enflammée ; mais parfois aussi on ne trouve, comme dans le cerveau, qu'un ramollissement blanc ou grisâtre, suivant qu'on considère la substance blanche ou la substance grise, et il n'est pas très rare de trouver une portion plus ou moins étendue de la moelle réduite à l'état d'un liquide ayant complétement l'aspect de la crème, et dans lequel il est impossible de reconnaître les deux substances. Est-ce encore là un résultat de l'inflammation ? Nous retrouvons ici cette question discutée plus haut (1), à propos du ramollissement blanc de la substance cérébrale. Or, ce serait tomber dans des redites inutiles que de reproduire cette discussion, à laquelle je n'aurais rien à ajouter, car les cas sont identiques, sauf le siége ; je renvoie donc le lecteur à l'article que je viens de citer. J'ajouterai seulement que, dans certains cas, on trouve un ramollissement crémeux de toute la substance blanche de la moelle, et qu'on peut se demander alors s'il n'y pas là un phénomène purement cadavérique.

(1) Voy. *Ramollissement blanc du cerveau.*

Lorsque la moelle n'a pas encore perdu toute sa consistance et qu'elle présente une coloration rouge prononcée résultant d'une injection sanguine considérable, on la trouve ordinairement augmentée de volume, ce qu'il est facile de reconnaître parce qu'elle remplit le canal rachidien.

Suivant Ollivier, le ramollissement commence par la substance grise, à moins que la myélite ne soit consécutive à une méningite rachidienne. C'est, en effet, ce qui a lieu ordinairement ; mais cette règle n'est pas sans exception, car les auteurs du *Compendium* citent deux cas dans lesquels la substance blanche s'est montrée ramollie, la substance grise conservant sa consistance, et les membranes étant intactes.

Je me contenterai de mentionner les lésions dues à des complications, telles que la carie des vertèbres, la méningite rachidienne.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de la myélite aiguë n'a pas été étudié avec beaucoup de soin. Aussi tous les praticiens savent-ils combien il est souvent difficile de se prononcer sur la nature des lésions de la moelle dans la paraplégie, et l'on en voit un exemple frappant dans les fréquentes hésitations d'Ollivier, qui néanmoins a mieux que personne étudié ces maladies.

Les affections avec lesquelles on pourrait le plus facilement confondre la myélite aiguë sont la *congestion sanguine de la moelle* et l'*hémorrhagie* de cet organe, dont nous avons donné plus haut la description. Lorsque la *congestion* arrive brusquement et se dissipe de même, cette seule circonstance suffit pour rendre le diagnostic facile, car ce n'est pas ainsi que se manifeste le ramollissement inflammatoire de la moelle ; mais lorsqu'il s'agit d'une de ces congestions lentes que nous avons signalées plus haut, le diagnostic est plus difficile. On l'établit, en pareil cas, sur les douleurs persistantes des membres, sur la contracture, les convulsions partielles, la roideur qui appartiennent à la myélite et qui ne doivent pas être comptées parmi les caractères de la congestion simple. Dans cette dernière, la paralysie du sentiment se montre beaucoup moins fréquemment et à un bien plus faible degré, et la paralysie du mouvement diminue avec beaucoup plus de facilité sous l'influence du traitement antiphlogistique; enfin il y a un mouvement fébrile plus ou moins prononcé à une certaine époque de la myélite, ce que l'on n'observe pas dans la congestion.

L'*hémorrhagie de la moelle* se distingue de la myélite aiguë par la manière brusque dont la paralysie se manifeste. Nous avons vu néanmoins, en parlant de cette affection, que, dans quelques cas, ces symptômes se produisent avec une certaine lenteur; mais ces cas sont de beaucoup les plus rares. La douleur, la contracture, la fièvre sont également moins fréquentes et moins prononcées dans l'hémorrhagie de la moelle, et ne surviennent guère que lorsqu'il y a épanchement de sang dans les membranes, ou ramollissement inflammatoire antécédent ou consécutif. Mais dans les cas où un ramollissement inflammatoire a précédé l'hémorrhagie de la moelle, comment établir le diagnostic ? Nous avons vu dans l'exemple rapporté par M. Grisolle que des douleurs vives et fixes dans un point de la colonne vertébrale, avec d'autres symptômes propres à la myélite, ont duré plusieurs jours, et que le malade a été ensuite frappé brusquement de paralysie des membres inférieurs ; or

c'est précisément ce changement brusque dans la physionomie de la maladie qui fait voir qu'il est survenu une autre affection que la myélite.

Quant à la *méningite rachidienne*, les caractères en sont trop différents de ceux de la myélite pour que le diagnostic puisse offrir de sérieuses difficultés. La roideur tétanique du tronc, les douleurs vives et étendues du rachis, la fièvre plus intense, sont les signes différentiels qu'on doit placer en première ligne.

Reste la paraplégie sans lésion évidente, la *paraplégie nerveuse*, dont nous aurons à nous occuper plus loin. Mais il serait prématuré de parler de ce diagnostic avant d'avoir dit un mot de la maladie que je viens d'indiquer.

Ce diagnostic différentiel n'est pas encore assez précis pour qu'il soit permis de le présenter en tableau synoptique.

Pronostic. Nous avons vu, en parlant de la terminaison de la maladie, que ce qu'on a dit du pronostic n'est pas fondé sur des faits bien observés. Ce que nous savons positivement, c'est que la myélite aiguë est une affection des plus graves.

§ VII. — Traitement.

Je crois devoir donner dans son intégrité le passage suivant d'Ollivier (1) sur le traitement de la maladie ; j'ajouterai ensuite quelques réflexions sur ce sujet :

« Les moyens, dit Ollivier, qu'on peut employer pour combattre cette inflammation à son début sont à peu près les mêmes que ceux qui ont été indiqués pour la méningite rachidienne. Tels sont les *saignées générales*, les *sangsues* appliquées *en grand nombre* sur la région dorsale, les *ventouses scarifiées* sur la même partie, des *lavements* légèrement *laxatifs*, s'il n'existe pas de phénomènes d'irritation des voies digestives, une *diète sévère*, des *boissons délayantes*. Quelques auteurs ont préconisé les *fomentations froides*.

» Au bout d'un mois ou de cinq semaines, lorsque les phénomènes d'excitation sont calmés, on peut administrer des *douches d'eau chaude à* 33 *ou* 34 *degrés*, et *fortement salée*, sur la longueur du rachis, à l'aide d'un conduit mobile adapté à un bassin élevé de six ou huit pieds, suivant la force qu'on veut donner au jet de la douche. L'ouverture du tuyau doit varier d'un demi-pouce à un pouce de diamètre. On peut aussi appliquer, à la même époque, *deux cautères* sur les côtés des apophyses épineuses, là où le malade perçoit de la douleur. J'ai déjà dit que ce dernier moyen avait réussi très fréquemment entre les mains de M. Latour.

» L'affection paraît-elle être de nature rhumatismale, d'après les antécédents du malade, on appliquera successivement un *grand nombre de vésicatoires volants* sur la longueur de la colonne vertébrale.

» Un *traitement antivénérien* complet peut suffire pour faire disparaître tous les accidents, quand la paraplégie est liée à quelques symptômes syphilitiques. »

Il suffit de jeter un coup d'œil sur ces divers moyens pour s'assurer que le traitement de la myélite est loin d'être établi sur des bases solides. Ne fît-on que cette remarque, que les diverses affections de la moelle sont traitées presque identiquement de la même manière, on aurait déjà une présomption en faveur de cette manière de juger ces moyens thérapeutiques, et si nous joignons à cela ce que nous avons dit de la terminaison presque constamment fatale de la maladie, et de l'incer-

(1) *Loc. cit.*, p. 437.

titude du diagnostic dans les cas de guérison, nous serons convaincus que le traitement de la myélite a été proposé d'après des idées théoriques dont je ne conteste pas l'importance, mais qui sont bien loin, on en conviendra, des résultats d'une pratique étendue.

2° MYÉLITE CHRONIQUE.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La myélite chronique paraît moins fréquente que la myélite aiguë à l'état idiopathique; mais, si nous remarquons que cette affection est la conséquence de plusieurs lésions chroniques étrangères à la moelle, et entre autres du *mal vertébral de Pott*, ainsi que l'a parfaitement démontré M. Louis (1), nous reconnaîtrons que, d'une manière absolue, la myélite se montre plus fréquemment à l'état chronique.

§ II. — Causes.

Les *causes* de la myélite chronique n'ont pas été suffisamment recherchées; on s'est borné à attribuer à cette forme les mêmes causes qu'à la myélite aiguë, ce qui est loin d'être l'expression des faits.

Si nous jetons un coup d'œil sur les observations publiées, nous voyons que la myélite chronique a succédé quelquefois à des accidents qu'on pouvait rapporter à l'inflammation aiguë de la moelle; mais quelquefois l'affection peut se présenter d'emblée avec sa forme chronique, alors même qu'elle est idiopathique. On en voit un exemple dans la première observation rapportée par M. Louis.

Il est beaucoup plus fréquent de voir la myélite chronique se développer dans un point voisin d'une tumeur des méninges, d'une carie vertébrale, d'une tumeur anévrysmale ou d'une tumeur tuberculeuse qui occupe le corps des vertèbres.

Quant aux autres causes, telles que le vice vénérien, rhumatismal, etc., nous n'avons sur ce point que des données extrêmement vagues.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de la myélite chronique sont loin d'avoir été décrits avec le degré de précision nécessaire. Il faut en chercher la cause dans l'incertitude du diagnostic, et aussi dans le peu d'accord où sont les auteurs sur les caractères anatomiques essentiels de la maladie. On sait que quelques uns rapportent à l'inflammation presque toutes les lésions chroniques de la moelle. Disons ce qui ressort de plus positif des observations, en attendant que des recherches plus exactes viennent éclairer ce point important de pathologie.

Début. Aucun auteur n'a indiqué aussi bien que M. Louis le début de la myélite chronique, qui est surtout remarquable dans la première des observations qu'il a rapportées. Avant que la maladie fût évidente, le malade éprouva, pendant un temps assez long, une douleur fixe dans un point très limité de la colonne vertébrale, puis survinrent du prurit, de l'inquiétude dans les membres inférieurs. Cette

(1) *Mém. ou Rech. anat. path.: De l'état de la moelle épinière dans la carie vertéb.* Paris, 1826, in-8.

dernière sensation était telle, que le malade était obligé de faire des mouvements, de marcher pour y échapper, et, après quelques moments de marche, les inquiétudes étaient dissipées. Il y avait aussi dans les membres inférieurs une sensation de chaleur incommode.

Ces symptômes sont-ils constants au début de la myélite chronique? On peut dire, relativement à la douleur, que, si elle existe dans la totalité ou dans la presque totalité des cas, du moins dans un certain nombre, elle est assez légère pour que les malades ne lui accordent qu'un faible degré d'attention. Quant aux autres phénomènes que je viens d'énumérer, ils n'ont pas été suffisamment recherchés par les autres auteurs, excepté toutefois le prurit et les fourmillements des membres, qui sont signalés par tous.

Les *symptômes de la maladie confirmée*, tels qu'ils sont décrits par la plupart des auteurs, ne diffèrent pas sensiblement, ainsi que le font remarquer les auteurs du *Compendium*, de ceux qui caractérisent la maladie à l'état aigu; sa marche seule, suivant les descriptions, serait différente. Cependant il est quelques particularités signalées par Ollivier, qui ne sont pas sans intérêt, et M. Louis a insisté sur certains phénomènes très remarquables qu'il importe beaucoup de connaître : c'est sur ces points que portera principalement la description suivante.

La *douleur*, dont nous avons parlé plus haut, peut persister pendant tout le cours de la maladie; mais, dans un certain nombre de cas, on la voit offrir des alternatives de diminution et de recrudescence souvent très prononcées; d'autres fois elle se dissipe à une certaine époque. On observe souvent des *élancements douloureux*.

Les fourmillements, l'engourdissement, un certain degré de faiblesse, peuvent persister pendant un temps fort long; puis survient la *paralysie*, qui se produit avec lenteur et qui ne diffère guère de celle que j'ai décrite dans la première partie de cet article. Voici les particularités qu'on a observées : dans les premiers temps, la faiblesse des membres se dissipe par la marche, de telle sorte qu'après un certain temps de repos, les malades sentent que leurs membres ont plus de difficulté à soutenir le poids du corps qu'après des mouvements prolongés. Ollivier explique ce fait par la congestion de la moelle dans la position horizontale ou assise; mais la démonstration manque entièrement. Dans quelques cas, la paralysie semble pendant très longtemps bornée aux pieds ou aux jambes. Ollivier a vu plusieurs fois des malades qui avaient beaucoup de peine à marcher, et qui, placés sur leurs genoux, exécutaient des mouvements rapides de progression. Toutefois il se demande si la longueur du levier, plus difficile à mouvoir le malade étant debout, n'est pas la seule cause de cette différence. Les sujets affectés de myélite chronique offrent, suivant le même auteur, dans leur démarche, quelque chose de remarquable; c'est un renversement marqué de la tête et du tronc en arrière; mais cette démarche s'observe dans presque tous les cas de paraplégie, quelle qu'en soit la cause, et les lois de la physique en rendent parfaitement compte.

Les membres paralysés offrent, comme dans la myélite aiguë, mais moins fréquemment, de la *roideur*, de la *contracture*, des convulsions cloniques à des intervalles plus ou moins éloignés et pendant un temps plus ou moins long. Mais il est des *contractions involontaires* qui méritent une mention toute spéciale : ce sont

celles qui ont été particulièrement signalées par M. Louis. Cet observateur a vu que, par suite de petites contractions musculaires indépendantes de la volonté, et semblables à des secousses, les membres ont une grande tendance à se fléchir et à se rapprocher l'un de l'autre. L'extension, au contraire, ne peut avoir lieu qu'avec l'aide des mains du malade ou d'un assistant, sauf dans certains moments dont je parlerai tout à l'heure. Si l'on étend les membres paralysés, on voit bientôt les muscles fléchisseurs entrer en contraction par petites saccades rendues sensibles par la saillie et la dureté de leur masse sous la peau devenue flasque, et peu à peu les membres sont ramenés dans la flexion de manière que quelquefois les pieds viennent toucher les fesses. Si l'on écarte les membres l'un de l'autre (comme c'est presque toujours sur les membres inférieurs que porte la paralysie, c'est de la paraplégie que nous nous occupons ici), on les voit se rapprocher peu à peu en même temps qu'ils se fléchissent. J'ai vérifié plusieurs fois l'exactitude de ces observations ; seulement, dans un cas que j'ai actuellement sous les yeux, la flexion involontaire est peu marquée, tandis que le rapprochement des membres se fait immédiatement après qu'ils ont été écartés ; et dans un autre j'ai remarqué que les contractions involontaires qui ramènent dans la flexion les membres préalablement étendus étaient très marquées à gauche, tandis qu'elles étaient presque insensibles à droite.

J'ai dit plus haut que généralement les membres ne peuvent être portés dans l'extension qu'à l'aide des mains du malade; mais chez certains sujets on voit par moments survenir un spasme des muscles, une véritable convulsion qui reporte rapidement dans l'extension les membres fléchis; puis si les symptômes se produisent comme je viens de le dire, les mouvements de flexion recommencent. Il n'est pas permis d'affirmer que les choses se passent toujours comme nous venons de l'indiquer; mais le silence de beaucoup d'observations sur ce point est loin de prouver que ces symptômes sont rares, car l'attention des observateurs n'ayant pas été fixée sur eux, il est plus que probable que bien des fois ils ont existé sans être constatés.

La *sensibilité* est bien rarement annulée; quelquefois elle est conservée dans toute son intégrité, mais il n'est pas rare de la trouver obtuse dans toute l'étendue des membres affectés. L'exaltation de la sensibilité n'a pas été formellement signalée dans la myélite chronique comme dans quelques cas de myélite aiguë. On a cité certains cas dans lesquels la diminution de la sensibilité ne correspondait pas parfaitement, quant au siége, à la paralysie.

La paralysie de la *vessie* et du *rectum* est loin d'être un phénomène constant. Quand elle existe, elle survient lentement et est d'abord très incomplète, de telle sorte que le malade n'a, dans les premiers temps, qu'une légère difficulté d'uriner et d'aller à la selle, et qu'à une époque avancée cette difficulté peut augmenter au point d'exiger que le malade ait toujours l'urinoir dans son lit et qu'il reste un assez grand nombre de jours sans aller à la selle. Les selles involontaires ne se montrent que comme symptôme ultime. La paralysie complète de la vessie, qui exige fréquemment l'emploi de la sonde, est un symptôme qui peut se montrer beaucoup plus tôt. Comme pour la myélite aiguë, nous avons à signaler l'*alcalinité de l'urine;* mais ce symptôme a été moins bien étudié dans la forme qui nous occupe.

Il n'existe ordinairement aucune *fièvre* pendant presque toute la durée de la maladie ; ce n'est guère que dans les derniers moments qu'on la voit survenir, et assez souvent alors elle est due à une complication. Dans un cas que j'ai observé récemment, il y a eu, trois semaines environ avant la mort, un frisson quotidien, violent, durant plus d'une heure, mais non suivi de chaleur ni de sueur.

On peut si facilement appliquer à la myélite chronique ce que j'ai dit de la myélite aiguë quand je l'ai considérée sous le rapport du siége, qu'il serait inutile d'y revenir ici.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de la maladie peut présenter des moments d'amélioration assez marqués et d'assez longue durée ; mais en général l'affection ne cesse pas de faire des progrès. Dans plusieurs cas, cette marche ascendante du mal, que j'ai signalée en parlant de la myélite aiguë, se manifeste d'une manière remarquable.

La *durée* de la myélite chronique est ordinairement fort longue ; il est commun de ne voir succomber les malades qu'après un an et demi, deux ou trois ans, et parfois beaucoup plus longtemps ; quelquefois néanmoins la mort arrive plus tôt.

Les mêmes doutes que nous avons été forcé d'émettre relativement à la terminaison de la myélite aiguë s'élèvent quand il s'agit de la myélite chronique. C'est encore là un sujet intéressant de recherches.

§ V. — Lésions anatomiques.

Comme dans la myélite aiguë, la principale lésion anatomique est un ramollissement plus ou moins considérable du tissu de la moelle. Ordinairement ce ramollissement est porté à un haut degré, et alors on ne distingue plus la substance grise, et la moelle se présente sous la forme d'une bouillie crémeuse et souvent rosée, présentant parfois une teinte ardoisée et d'autres fois un aspect purulent. Ce ramollissement occupe presque toujours toute l'épaisseur de la moelle épinière. Cependant on a cité des cas où les faisceaux postérieurs étant seuls affectés, il y a eu paralysie du sentiment sans paralysie du mouvement, et d'autres plus nombreux dans lesquels la lésion des faisceaux antérieurs avait déterminé seulement la paralysie du mouvement. On trouvera, sur ce point intéressant de physiologie pathologique, les détails les plus intéressants dans l'ouvrage de M. Longet sur le système nerveux.

Le ramollissement occupe ordinairement une étendue considérable de la moelle quand la myélite est idiopathique ; mais en étudiant avec attention chacun des points affectés, on peut trouver une différence assez tranchée dans l'ancienneté de la lésion, aux divers points où on la considère. Dans une autopsie que j'ai faite récemment, j'ai vu la couleur ardoisée du ramollissement à la partie supérieure du renflement inférieur, et dans l'étendue de 5 ou 6 centimètres, indiquer une inflammation déjà ancienne, puis cette couleur diminuer et se changer en une teinte rosée très prononcée à mesure qu'on s'avançait vers le renflement supérieur. La lésion occupait par conséquent tout l'espace compris entre les deux renflements, et le renflement supérieur lui-même était réduit en bouillie. On voyait manifestement, à l'autopsie, dans ce cas, la marche ascendante de la maladie que les symptômes avaient fait reconnaître pendant la vie.

La plupart des auteurs ont signalé une augmentation de volume de la moelle coïncidant avec le ramollissement. M. Louis a trouvé, au contraire, que l'organe avait diminué de volume dans le point malade. Quant à moi, je n'ai pas trouvé de changement de volume de l'organe dans les cas que j'ai observés.

Je dois mentionner encore des destructions plus ou moins étendues de la moelle, portant soit sur la substance grise seule, soit sur toute l'épaisseur de l'organe ; mais les cas de ce genre ressemblent tellement à ceux que nous avons signalés en parlant du ramollissement cérébral, que je n'aurais rien à ajouter d'important à ce que j'en ai dit.

On a aussi attribué à la myélite chronique les indurations, et diverses productions morbides qu'on a trouvées dans la moelle ; mais comme rien n'est moins prouvé que la nature inflammatoire de ces affections, je me contenterai d'en dire un mot dans un article consacré aux altérations chroniques de cet organe.

§ VI. — Diagnostic ; pronostic.

Le diagnostic n'est pas très différent de celui que nous avons posé à propos de la myélite aiguë. Je ne crois pas, par conséquent, devoir m'étendre sur ce point. C'est principalement de la marche de la maladie qu'on tire les signes diagnostiques. Je dirai seulement qu'il faut avoir toujours présents à l'esprit les symptômes remarquables signalés par M. Louis, car ils sont propres à la maladie qui nous occupe.

Je n'ai besoin de rien ajouter, relativement au *pronostic*, à ce que j'ai dit à propos de la terminaison.

§ VII. — Traitement.

C'est encore à Ollivier qu'il convient d'emprunter les principes du traitement, parce que cet auteur les a déduits des principaux faits observés, quoiqu'il n'ait pas, malheureusement, procédé avec toute la rigueur désirable.

« Dans la myélite chronique, dit-il (1), on met en usage avec avantage un *traitement antiphlogistique* modéré, mais continué pendant plus ou moins longtemps, lorsqu'il existe des douleurs aiguës, des congestions cérébrales assez fréquentes. Quand il n'y a, au contraire, qu'une paralysie sans douleur et sans aucun phénomène d'excitation, c'est alors qu'il faut employer les *révulsifs* sous différentes formes et de plus en plus énergiques. On a vu plusieurs fois des *purgatifs répétés* produire les plus heureux effets, ainsi que les *douches* dont je viens de parler (*douches salées*), et dont on fait varier la température de 30 à 40 degrés. Les *bains de mer* (2) sont surtout d'une efficacité notable dans les paraplégies anciennes : le rétablissement des fonctions de la vessie est généralement le premier effet qu'ils produisent ; lorsqu'ils déterminent des secousses tétaniformes le long du rachis et des crampes dans les membres paralysés, il y a lieu d'espérer une amélioration dans l'état du malade.

» Parmi les révulsifs locaux dont l'action peut être utile, je mentionnerai les *vésicatoires volants* promenés sur tous les points du rachis, les *moxas*, les *sétons*, les *cautères*, dont on entretient la suppuration en l'excitant plus ou moins à l'aide

(1) *Loc. cit.*, p. 438.
(2) Voy. Gaudet, *Nouv. rech. sur l'usage et les effets des bains de mer*. Paris, 1844, in-8.

de quelques pommades irritantes, suivant les progrès de la maladie ; ces cautères doivent être larges et profonds, et l'on remplit la cavité de chacun d'eux avec un *morceau de racine fraîche d'iris* auquel on donne la forme d'une demi-sphère.

» On peut aussi retirer quelques effets avantageux de l'administration de la *strychnine par la méthode endermique* pour réveiller l'action musculaire. L'*électro-puncture* ne serait-elle pas utile alors ? Quand il existe des élancements douloureux dans les membres paralysés, j'emploie avec avantage l'*hydrochlorate de morphine à la dose d'un quart ou d'un demi-grain* (15 à 25 milligrammes) que je dépose dans la plaie des cautères, s'il y en a d'établis sur les côtés de la colonne vertébrale. Dans le cas contraire, j'applique le sel de morphine sur la surface d'un vésicatoire placé sur le rachis au niveau des deux dernières côtes ; enfin *on sonde* le malade s'il y a rétention de l'urine ; *on place à demeure une sonde fermée* ou un *urinal*, s'il y a émission continuelle et involontaire de ce liquide : dans ce dernier cas, j'ai vu la *teinture de cantharides*, administrée chaque jour à l'intérieur, prévenir cette incommodité si dégoûtante pour les malades. On remédie à la constipation par les *lavements purgatifs* administrés de temps en temps. »

Les réflexions que j'ai présentées au sujet du traitement de la myélite aiguë pourraient être reproduites ici ; mais je me contenterai d'ajouter quelques explications au résumé que nous a donné Ollivier. Des *ventouses scarifiées* appliquées tous les huit ou dix jours, lorsque le malade conserve sa force, peuvent être utiles. J'ai actuellement sous les yeux un sujet chez lequel les contractions involontaires des membres, décrites plus haut, existent d'une manière remarquable, et qui depuis un mois a subi trois applications de huit ventouses scarifiées, avec un soulagement évident chaque fois. La *teinture de cantharides*, si l'on juge son administration convenable, doit être donnée à la dose de 10 à 20 gouttes dans une potion de 150 grammes ; l'électro-puncture doit être promptement abandonnée si elle détermine des douleurs trop vives et un brisement trop considérable des membres électrisés. C'est dans les cas où la myélite chronique est la conséquence d'une carie vertébrale que les cautères sont principalement utiles ; en pareil cas, le *repos absolu* est de rigueur.

ARTICLE IV.

PARAPLÉGIE NERVEUSE.

Cette affection est l'analogue de l'*apoplexie nerveuse*, dont j'ai dit un mot en traitant des maladies cérébrales. Il n'est pas permis de douter de son existence, car il est peu de praticiens qui n'aient vu des cas dans lesquels, pendant un temps fort long, les membres inférieurs ont été paralysés sans que, à l'autopsie, on ait trouvé rien qui pût expliquer ce symptôme. J'aurais à reproduire ici les remarques que j'ai faites à propos de l'hémiplégie nerveuse ; il est plus convenable de renvoyer le lecteur à l'article où j'ai traité cette question.

Maintenant dois-je présenter une description particulière de cette espèce de paraplégie ? Tous ceux qui ont un peu étudié ce point de pathologie savent combien sont insuffisants les documents qui nous sont fournis par les auteurs. Les anciens ont décrit sous le nom de *paraplégie* toutes les espèces de paralysie des membres inférieurs, sans établir entre elles de distinctions suffisantes, et les modernes ont com-

plétement négligé la paraplégie nerveuse ou idiopathique, qu'ils se sont contentés de mentionner sans la décrire. En l'absence des faits suffisants, il serait prématuré de vouloir entrer dans des détails qui manqueraient nécessairement de précision.

Je me contenterai d'indiquer les faits suivants, comme importants pour la thérapeutique, tout en reconnaissant combien il est difficile de dire si la paraplégie était essentielle ou non, ou plutôt, tout en faisant remarquer combien l'existence d'une lésion plus ou moins notable est probable dans ces cas.

On trouve, dans le *Bulletin général de thérapeutique* (1), un cas de guérison de paraplégie réputée essentielle, par l'*iodure de potassium*. Le sujet était un enfant de dix ans, à qui l'on donna d'abord 30 centigrammes de ce sel, et plus tard le double. N'y avait-il rien de scrofuleux dans ce cas? Toutefois ce fait, quoiqu'il ne puisse pas servir seul à se former une opinion arrêtée sur l'efficacité d'un pareil traitement, doit néanmoins engager les médecins à l'essayer dans des cas analogues.

M. le docteur Boari (2) a rapporté un cas dans lequel une paraplégie avec affaiblissement du bras gauche et de l'intelligence fut guérie par l'emploi du *seigle ergoté*, après avoir résisté à beaucoup d'autres moyens.

Le docteur Girard (3) de Marseille, cite également trois cas de guérison par ce médicament, qu'il prescrit à la dose de 0,50 grammes, par 2,50 grammes par jour.

Dans un cas de paraplégie, chez une femme de cinquante-sept ans, M. Bricheteau (4) employa avec succès la *brucine*, en commençant par 10 centigrammes et en élevant la dose jusqu'à 50 centigrammes. Ce médicament agit comme la strychnine, mais n'étant toxique qu'à des doses beaucoup plus élevées, il est plus maniable.

ARTICLE V.

HYPERTROPHIE, INDURATION DE LA MOELLE.

Hypertrophie. Cette affection n'a pas un grand intérêt pour le praticien. Les symptômes n'en sont pas bien déterminés, et l'on ne sait à quelles causes la rapporter, dans les cas rares où l'on peut la considérer comme idiopathique. Qu'il me suffise donc de dire que, chez quelques sujets qui avaient présenté soit une exaltation de la sensibilité tactile, soit des convulsions, des mouvements choréiques, etc., on a trouvé la moelle remplissant plus ou moins complétement la cavité rachidienne. Quelquefois l'hypertrophie porte sur la substance grise seule, ainsi que M. Monod (5) en a rapporté un exemple.

Induration. L'hypertrophie s'accompagne ordinairement de l'induration de l'organe. Cette induration est-elle le résultat d'une inflammation? C'est ce qui n'est pas encore parfaitement démontré.

Suivant M. Calmeil, les *symptômes* de l'induration sont des crampes, des fourmillements, un engourdissement plus ou moins marqué, et, au bout d'un certain

(1) Numéro du 15 janvier 1849.
(2) *Atti dell' Acad. med.-chir. di Ferrara*, et *Giornale veneto di Namias*, 1847.
(3) *Bull. gén. de thér.*, 15 septembre 1851.
(4) *Union méd.*, 13 juin 1848.
(5) *Bull. de la Soc. anat.*, n° 18.

temps, la faiblesse, la roideur, et une diminution notable de la sensibilité des membres. Cet auteur ajoute que la paralysie est rarement complète ; qu'il y a atrophie des membres affectés, et que la marche de la maladie, semblable à celle de la myélite chronique quant aux progrès ascendants du mal, en diffère en ce qu'un membre est d'abord frappé seul, et que ce n'est qu'au bout d'un certain temps que celui du côté opposé est atteint. Ne seraient-ce pas là des cas d'*atrophie musculaire progressive*, tels qu'ils ont été décrits par M. Aran (1) ? Je me contente, pour le moment, de signaler la ressemblance ; je reviendrai plus loin sur ce point quand je ferai l'histoire de l'atrophie musculaire progressive.

Quel est le *traitement* de l'hypertrophie et de l'induration de la moelle ? Il est bien difficile de répondre d'une manière précise à cette question. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que les moyens employés dans les cas cités se retrouvent tous dans le traitement de la myélite chronique, et que les médecins qui regardent l'induration comme un résultat de l'inflammation insistent sur la nécessité des antiphlogistiques. Mais avant de pouvoir suivre avec quelque confiance un pareil conseil, il faudrait avoir des données un peu plus positives sur le diagnostic.

Je n'ai pas besoin de dire que les mêmes raisons qui m'ont fait glisser rapidement sur les maladies cérébrales incurables, dont le diagnostic est très incertain, m'engagent à ne pas insister sur ces maladies rares, fort peu connues, et sans traitement sanctionné par l'expérience.

Des motifs semblables m'engagent à passer complétement sous silence l'*hydropisie de la moelle* et le *pneumato-rachis*, qui jusqu'à présent n'ont présenté d'intérêt que sous le rapport de l'anatomie pathologique.

ARTICLE VI.

TUBERCULES, CANCER DE LA MOELLE, PRODUCTIONS MORBIDES DIVERSES.

Tubercules. L'étude des tubercules de la moelle épinière est beaucoup moins avancée que celle des tubercules du cerveau, sur lesquels règne néanmoins encore tant d'incertitude.

Lorsque ces productions morbides occupent le bulbe rachidien, les phénomènes se rapprochent beaucoup de ceux que produisent les tubercules cérébraux. Quand c'est une autre partie de la moelle qui est affectée, on observe, suivant M. Gendrin, outre la paralysie qui se produit comme dans les cas d'inflammation chronique décrits plus haut, des *accès épileptiformes qui commencent par les membres*. C'est encore un fait à vérifier.

Du reste, l'affection doit être regardée comme incurable.

Cancer. Le cancer, sous ces formes diverses (encéphaloïde, colloïde, squirrhe), peut occuper la moelle épinière. Les médecins qui se sont spécialement occupés d'anatomie pathologique en ont cité des exemples intéressants.

Tout ce que nous avons à dire de cette affection, c'est qu'elle détermine des *douleurs* plus ou moins vives ; des convulsions, des accès épileptiformes, et la paralysie, comme toutes les autres affections organiques. Je n'ai pas besoin d'ajouter qu'elle est incurable.

(1) *Arch. gén. de méd.* — Voy. aussi Cruveilhier, *Sur la paralysie musculaire, progressive, atrophique* (*Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1853, t. XVIII, p. 490, 546, 591).

Hydatides ; kystes hydatoïdes. Ces productions morbides déterminent, d'après e petit nombre de faits que nous connaissons, la paralysie du sentiment et du mouvement. On conçoit néanmoins que si elles étaient très peu volumineuses, les pourraient n'affecter que l'une ou l'autre de ces fonctions, et même n'exercer ue d'un seul côté leur fâcheuse influence.

Je ne pousserai pas plus loin l'étude des maladies de la moelle épinière. Il reste ncore énormément à faire pour donner un degré satisfaisant de précision à ce oint de pathologie ; je n'ai pas dû le dissimuler, car une des principales conditions es progrès de la science, c'est que les observateurs ne se fassent pas illusion sur étendue et la solidité de nos connaissances, et qu'ils sachent bien quels sont les oints qui demandent de nouvelles investigations.

CHAPITRE V.

NÉVROSES.

Nous voici parvenus à une des parties qu'on doit regarder comme les plus ficiles de la médecine, à cause de la multiplicité, de la variabilité des phénoènes que présentent les affections dont nous allons nous occuper, et aussi à cause s interprétations diverses dont elles ont été l'objet, et aux nombreuses discussions uquelles elles ont donné lieu. C'est surtout dans ce chapitre qu'il faut prendre rde de perdre de vue le côté pratique des questions, car rien n'est plus facile e de s'égarer.

En se rappelant les maladies que j'ai déjà décrites, on voit que j'ai réservé pour n chapitre séparé les affections nerveuses qui ne correspondent pas à une lésion en déterminée, et dont le siége, au moins pour la très grande majorité, n'est pas actement établi : en d'autres termes, ces maladies, dont on dit que ce sont des fections nerveuses, sans que presque jamais on puisse préciser davantage. Ce est pas à dire pour cela que je rejette de la familles des névroses bon nombre autres maladies déjà décrites, ou que j'aurai à décrire plus tard, telles que les vralgies, les viscéralgies, l'asthme nerveux, l'épilepsie saturnine, etc. ; mais ces aladies trouvaient une place plus naturelle ailleurs, suivant le plan que je me suis acé, tandis que celles dont je vais m'occuper peuvent être comparées aux affecons que, dans les chapitres précédents, j'ai placées dans des appendices, leur calisation dans telle ou telle partie d'un appareil n'étant pas encore possible. On oit donc considérer ce chapitre comme un grand appendice aux maladies du ystème nerveux.

C'est surtout dans la seconde moitié du siècle dernier et dans celui-ci qu'on est occupé des névroses. Je ne crois pas devoir envisager ces affections d'une anière générale, parce que nous ne trouverions pas dans les considérations e ce genre des données suffisamment importantes pour la pratique. Je me contenterai de mentionner la division suivante, adoptée par les auteurs du *Compendium*, qui nous ont donné l'article le plus récent sur les névroses en général. Il me era ensuite facile de faire voir combien peu ces affections se prêtent à une classification rigoureuse.

« Nous avons déjà établi, disent ces auteurs (1), dans plusieurs articles de notre ouvrage, la division des névroses en *idiopathiques* et *symptomatiques*, et il nous a paru utile de la maintenir plus que jamais dans un article qui doit résumer les caractères des névroses. Nous formerons donc, avec les différentes classes que nous venons d'établir, le tableau suivant :

» 1° Névroses idiopathiques { de l'intelligence / du mouvement / du sentiment } dans les deux vies de relation et de nutrition.

» 2° Névroses symptomatiques { d'une altération simple du sang ; / d'une altération spécifique du sang ;

» 3° Névroses sympathiques d'une maladie viscérale. »

Et plus loin nous trouvons les détails suivants :

ÉNUMÉRATION ET CLASSIFICATION DES NÉVROSES.

» 1° *Névroses de l'intelligence.* — A. *Essentielles :* Manie, monomanie, démence, nostalgie, hypochondrie, somnambulisme, satyriaris, nymphomanie, insomnie.

» B. *Symptomatiques d'une altération spécifique ou simple du sang :* Délire saturnin et alcoolique, névrose symptomatique de l'anémie.

» C. *Sympathiques d'une maladie viscérale :* Manie, hypochondrie, hystérie.

» 2° *Névroses du mouvement dans les muscles de la vie de relation.* — A. *Idiopathiques :* Epilepsie, éclampsie, catalepsie, convulsions essentielles, tétanos, chorée, paralysie.

» B. *Symptomatiques d'une altération spécifique ou simple du sang :* Epilepsie, contractions, crampes, convulsions, paralysie saturnine, tremblement mercuriel, convulsions produites par l'alcool et la strychnine, hydrophobie.

» C. *Sympathiques d'une maladie viscérale :* Certaines paralysies dues à une affection de l'estomac, de l'utérus ; ces névroses sont rares.

» 3° *Névroses du mouvement dans les muscles de la vie de nutrition.* — A. *Essentielles :* Aphonie, spasme du larynx, coqueluche, asthme, angine de poitrine, palpitations, syncope, spasme œsophagien, vomissement nerveux, diarrhée.

» B. *Symptomatiques d'une altération simple du sang :* Palpitations, syncope de la chlorose, coliques nerveuses.

» C. *Symptomatiques d'une altération spécifique du sang :* Coliques, constipation, vomissements saturnins.

» D. *Sympathiques d'une lésion viscérale.* Elles sont très nombreuses et très fréquentes chez les femmes et chez les sujets nerveux.

» 4° *Névroses du sentiment dans la vie de relation.* — A. *Essentielles.* Toutes les névralgies.

» Nous ne comprenons pas les motifs qui ont fait distraire par quelques auteurs la névralgie du nombre des névroses ; nous avons montré ailleurs qu'une névralgie n'est qu'une névrose douloureuse, c'est-à-dire, une maladie nerveuse sans lésion appréciable. Nous ne reviendrons pas sur les preuves que nous avons apportées en faveur de cette manière de voir.

(1) *Compendium de méd. prat.*, t. VI, p. 211.

» *Névroses de la vue :* Berlue, diplopie, héméralopie, nyctalopie, amaurose.
» *Névroses de l'ouïe :* Tintouin, paracousie, dysécie, surdité.
» Une névrose plus générale, et qui nous paraît occuper la première place parmi s névroses du sentiment, est l'*hystérie*.
» B. *Symptomatiques :* Névralgie, céphalalgie, vertiges, migraine des chloro-émiques, iritis, amaurose, paralysie, anesthésie de l'intoxication saturnine.
» C. *Sympathiques d'une maladie viscérale.* Toutes les névroses indiquées us haut.
» 5° *Névroses du sentiment dans la vie de nutrition.* — A. *Idiopathiques.* Ici se acent en première ligne toutes les viscéralgies, la gastralgie, la névralgie du cœur, névralgie vésicale, anale, l'hystéralgie, etc.
» B. *Symptomatiques d'une altération du sang.* Ce sont les mêmes que celles u'on retrouve chez les chlorotiques et chez les hommes qui ont été soumis à des rivations de toute espèce ; coliques saturnines, coliques nerveuses.
» C. *Sympathiques d'une maladie viscérale.* Toutes les viscéralgies précédemment indiquées. »

Je n'ai assurément pas l'intention de faire une critique de cette classification en articulier ; elle me paraît une des moins défectueuses de toutes celles qui ont été résentées par les auteurs ; mais de cela même je conclus que, n'ayant pas des connaissances suffisantes sur la nature et sur le siége de beaucoup de ces affections, il ut renoncer à une classification rigoureuse. Comment admettre, par exemple, ue l'hystérie est une névrose de l'intelligence, ajoutât-on même, avec les auteurs ue je viens de citer, que cette névrose de l'intelligence est sympathique d'une léon viscérale ? Aussi plus loin la mettent-ils parmi les névroses du sentiment. 'angine de poitrine est-elle réellement une *névrose du mouvement dans la vie e nutrition ?* Nous verrons plus loin que les auteurs que je cite n'en sont pas conaincus. On pourrait multiplier beaucoup ces réflexions ; mais je ne le ferai pas, ar je ne veux tirer de ce que je viens de dire d'autre conséquence que celle du eu d'importance, quand il s'agit de pathologie spéciale, de ces divisions systémaques auxquelles ceux qui s'occupent de pathologie générale sont obligés de se oumettre. C'est pourquoi je n'ai pas hésité à décrire parmi les maladies des ifférents appareils toutes les névroses que j'ai pu y faire entrer, et c'est aussi pourquoi je me bornerai à présenter dans autant d'articles séparés les névroses qui nous estent à traiter, me contentant de rapprocher, autant que possible, les unes des utres celles qui ont le plus d'affinité entre elles.

ARTICLE Ier.

PARALYSIES PARTIELLES DIVERSES.

Dans les articles consacrés aux maladies des centres nerveux, j'ai donné la description des paralysies occupant une grande étendue : paralysie générale, hémiplégie, paraplégie ; mais il est d'autres paralysies qui, bornées à une très petite étendue, ont été désignées sous le nom de paralysies partielles. Parmi ces affections, il en est qui sont purement symptomatiques d'une autre maladie, telles que les paralysies qui surviennent dans un membre à la suite du rhumatisme musculaire, celles qu'on observe dans les articulations dans le cours des affections sa-

turnines. Je n'en parlerai pas ici, parce qu'il suffit de les faire connaître en décrivant la maladie principale ; mais il en est d'autres qui constituent à elles seules toute la maladie, ou qui deviennent la maladie principale, et c'est de celles-là que je vais m'occuper. Ce premier article sera consacré aux paralysies partielles autres que la paralysie ou hémiplégie faciale, celle-ci ayant trop d'importance pour ne pas exiger une description spéciale.

1° PARALYSIE DE LA TROISIÈME PAIRE.

M. Marchal, de Calvi, a publié (1) un mémoire intéressant sur cette affection, qu'il a observée à la suite de névralgies trifaciales intenses. Cet auteur n'a pas tracé une description générale de la maladie; il n'a insisté que sur la question étiologique. Je me bornerai à indiquer en peu de mots les principaux symptômes.

Après des accidents névralgiques ordinairement très violents, et même pendant leur cours, la paupière supérieure se paralyse et tombe ; l'*œil est porté en dehors* et le malade ne peut le ramener en dedans, ou, s'il lui imprime quelques mouvements dans cette direction, ils sont très bornés. Dans un cas, avant de se dévier en dehors, l'œil fut porté en dedans. L'œil est parfois humide, larmoyant, et la *pupille est dilatée.* La *vision* est ordinairement altérée; on observe surtout la *diplopie* avec un affaiblissement de la vue plus ou moins grand. M. Jobert a signalé en outre l'*insensibilité de la conjonctive*, ce qui doit faire supposer une lésion concomitante de la cinquième paire.

Je ne pousse pas plus loin cette description, et je me contente d'ajouter que les vésicatoires, les calmants, l'électricité, les purgatifs employés dans les cas dont il s'agit, sont restés sans effet.

Il m'a paru indispensable de signaler cette maladie, peu connue, aux observateurs qui pourront jeter sur elle de nouvelles lumières. La paralysie de la troisième paire peut être produite par d'autres causes ; mais ce n'est pas ici le lieu de les indiquer (2).

2° PARALYSIE DE LA CINQUIÈME PAIRE.

Ce n'est encore que d'après un très petit nombre de faits qu'on peut dire quelques mots de la paralysie de la cinquième paire. Les auteurs qui se sont occupés du système nerveux ont surtout envisagé ce sujet au point de vue de la physiologie pathologique.

Cette maladie, étudiée par MM. Serres, Magendie, Longet, etc., a pour cause ordinaire une *lésion organique* de la partie intra-crânienne du nerf de la cinquième paire (déchirures, tumeurs, ramollissement), et alors la paralysie porte sur tous les points où le nerf va se distribuer. Dans les cas rapportés par M. Marchal, de Calvi, la sensibilité avait diminué dans un côté de la face après une névralgie intense, et cependant, chose remarquable, les sujets ne laissaient pas d'éprouver par moments des élancements névralgiques violents.

(1) *Mém. sur la paralysie de la troisième paire consécut. à la névrose de la cinquième* (*Arch. gén. de méd.*, juillet 1846).

(2) On peut consulter, à ce sujet, l'ouvrage de M. Longet et celui de M. Jobert (de Lamballe), *Études sur le système nerveux.*

Quelquefois une seule partie de la face est paralysée ; la lésion porte alors sur une des branches. Le docteur Corrigan (1) a cité un exemple remarquable de paralysie de la deuxième branche de la cinquième paire, survenue après une violente contusion de la tempe. Ch. Bell, cité par M. Jobert, de Lamballe (2), « rapporte qu'un homme à qui on avait fait l'extraction d'une dent molaire de la mâchoire inférieure, ayant porté à la bouche un verre pour se gargariser, s'écria : *Vous m'avez donné un verre cassé*. Ce fait, ajoute M. Jobert, prouve que la maladresse avec laquelle l'opération avait été faite avait amené une modification telle dans les fonctions des nerfs, que l'insensibilité d'une partie de la lèvre en avait été la suite. »

Le principal *symptôme* de la paralysie de la cinquième paire est la *paralysie du sentiment*. Suivant M. Jobert, qui regarde cette cinquième paire comme un nerf de sentiment et de mouvement à la fois, ces deux fonctions seraient altérées ; mais les autres observateurs ne partagent pas cette opinion, et tout porte à croire que, dans les cas observés par M. Jobert, la septième paire s'était trouvée consécutivement affectée, comme l'était la troisième dans les cas rapportés par M. Marchal, de Calvi.

La paralysie du sentiment est ordinairement précédée d'une *exaltation de la sensibilité*, et voici comment M. Jobert expose la succession des symptômes : « Dans tous les cas, dit-il (p. 689), où j'ai observé la cinquième paire comprimée par des tumeurs développées dans le crâne, sa sensibilité était exaltée jusqu'à ce que la compression devenant plus forte et l'inflammation ayant déposé ses produits dans l'épaisseur du nerf, au point d'en rendre les parties composantes incapables d'accomplir leurs fonctions, la *peau* et la *muqueuse de la bouche* devinssent tout à fait *insensibles* et perdissent la faculté de distinguer les variations de température et d'apprécier la forme des corps. C'est à cette époque que la *face* a perdu de son expression, que les *membranes présentent des phénomènes de ramollissement*, que la *cornée devient opaque*, et que l'*œil finit par se vider ;* que le *muscle buccinateur a perdu de son énergie*, que les *muscles élévateurs de la mâchoire sont paralysés*, et qu'il y a *ouverture involontaire de la bouche*...

M. Jobert ajoute : « Chez un homme qui avait succombé à une affection cérébrale, M. Serres trouva un *ramollissement de l'origine de la cinquième paire*, qui était devenue jaunâtre et gélatineuse. Chez ce malade, qui était épileptique, il y avait eu *ophthalmie, insensibilité de la conjonctive, de la narine et de la partie correspondante de la langue.* »

Je ferai remarquer de nouveau que, parmi ces phénomènes, il en est, comme l'affaiblissement du buccinateur, qui sont dus à une complication.

Le *traitement* indiqué par les auteurs est le même que celui qu'on oppose à la *paralysie de la septième paire*. Je renvoie par conséquent le lecteur à l'article consacré à cette dernière maladie, tout en faisant remarquer combien il serait utile qu'on ne s'en tînt pas à une semblable manière de voir ; car les deux paires de nerfs ayant des fonctions différentes, il est permis de supposer que, pour rétablir ces fonctions lorsqu'elles sont altérées, des moyens différents pourraient bien être exigés dans les divers cas.

(1) *Dublin Reports*, avril 1839.
(2) *Études sur le système nerveux*, t. II, p. 681. Paris, 1838.

3° PARALYSIE DE LA SIXIÈME PAIRE.

La paralysie du nerf moteur oculaire externe a été quelquefois observée seule. J'en ai vu un cas très remarquable. Après une chute sur la face et le front, un gonflement considérable tint les yeux fermés pendant quelques jours, et, dès qu'ils purent s'ouvrir, on put voir les deux yeux entièrement tournés vers l'angle interne. Le globe oculaire pouvait se mouvoir de bas en haut et de haut en bas, mais tout mouvement en dehors était impossible. Après un traitement dirigé par M. Roux, à qui je présentai le sujet, un des deux yeux reprit tous ses mouvements, mais l'autre est resté exactement dans le même état, et l'accident est arrivé il y a plus de dix ans.

Quelquefois cette paralysie survient spontanément. M. Jobert (1) en cite un exemple remarquable. Des maux de tête de longue durée, la coarctation des paupières, le larmoiement et même la surdité, ce qui prouve que la maladie était compliquée, avaient précédé la paralysie du nerf moteur oculaire externe. Tout porte à croire que les causes de cette paralysie sont les mêmes que celles de la précédente. Dans le cas que j'ai cité, il y a eu, sans doute, ébranlement des racines du nerf, et peut-être déchirure d'un côté.

Comme pour la paralysie de la cinquième paire, on a préconisé contre celle qui nous occupe le même traitement que pour la *paralysie du nerf facial*.

4° PARALYSIE DE LA PAUPIÈRE.

Je n'ai, sur ce point, à indiquer que le fait suivant :

M. le docteur Saint-Martin (2), de Niort, a guéri une paralysie de la paupière droite, paralysie rhumatismale, selon toute apparence, à l'aide des *inoculations de strychnine*, pratiquées de la manière suivante : On prend 2 centigrammes de strychnine, qu'on réduit en pâte molle, avec une très petite quantité d'eau, et l'on use cette pâte en l'introduisant sous l'épiderme avec une lancette ordinaire.

5° PARALYSIE DU MUSCLE DENTELÉ.

Je peux encore citer la *paralysie du muscle dentelé*, dans laquelle le bord interne de l'omoplate fait une saillie marquée en forme d'aile, et dont j'ai vu un exemple remarquable au bureau central des hôpitaux. Dans ce cas, les deux muscles dentelés étaient paralysés. Dans un autre, rapporté par M. Gendrin (3), celui du côté droit était seul affecté, et la saillie de l'homoplate fut prise par quelques médecins pour une déviation de la colonne vertébrale; mais lorsqu'on est prévenu, rien n'est plus facile que d'éviter une semblable erreur ; il ne s'agit que de suivre le bord de l'omoplate jusqu'à son angle inférieur. Dans ce cas encore, la paralysie survint subitement, et, dans tous ceux que nous connaissons, elle résista à tous les *traitements*.

(1) *Loc. cit.*, p. 697.
(2) *Bull. gén. de thér.*, 1849.
(3) Voy. *Traduct. d'Abercrombie*.

Enfin, je pourrais signaler quelques autres paralysies partielles; mais comme presque toutes surviennent soit à la suite d'un rhumatisme, soit à la suite d'une autre affection, et qu'elles ne sont que secondaires; comme, d'un autre côté, nous n'avons sur elles que les renseignements les moins précis, il n'y aurait pas grand avantage à nous étendre sur ce sujet. Quant à l'*amaurose*, elle appartient à la chirurgie.

ARTICLE II.

PARALYSIE DE LA SEPTIÈME PAIRE (*hémiplégie faciale*).

Il est bien entendu que, dans cet article, nous n'avons pas à nous occuper de l'hémiplégie faciale symptomatique d'une des affections cérébrales précédemment décrites. Il ne s'agit ici que de la paralysie essentielle ou de celle qui est due à une lésion du nerf.

La paralysie de la face est une maladie dont les signes sont trop évidents pour qu'elle n'ait pas été connue très anciennement. Tout le monde sait, en effet, qu'on a trouvé, dans Rhazès (1), dans Albucasis (2), dans Arétée (3), et plus tard dans Forestus (4), des passages qui peuvent se rapporter à cette maladie. Mais, avant les recherches de Charles Bell (5) sur le système nerveux, on ne pouvait guère se faire une juste idée des causes de la maladie et de certains phénomènes qui devaient paraître singuliers. Les recherches de Bellingeri n'étaient pas de nature à éclairer ce point difficile, puisque cet auteur, prenant le nerf facial pour un nerf du sentiment, il lui était impossible d'expliquer les symptômes de la maladie; toutefois nous verrons que, tout récemment, M. Duchenne, de Boulogne, a, par des expériences électro-physiologiques, fait voir que tout n'était pas inexact dans ce qu'avait avancé Bellingeri.

Ces recherches de Ch. Bell une fois connues, les travaux sur l'hémiplégie de la face se multiplièrent. Je citerai ceux de Descot (6), Pichonière (7), Montault (8), MM. Bottu-Desmortiers (9), Bérard (10), Jobert (11), et Landouzy, qui nous a fait connaître quelques cas intéressants d'hémiplégie faciale déterminée chez les nouveau-nés par l'application du forceps.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Sous le nom de *paralysie de la face*, on décrit non seulement celle qui est due à une altération de la septième paire, mais encore celle de la cinquième. Le titre que j'ai donné à cet article prouve que je n'entends m'occuper ici que de la pre-

(1) *Continens*, lib. I.
(2) *Chirurgia*, part. I, cap. 7.
(3) *De signis et causis diut.*, lib. II.
(4) *Opera omnia medica*, t. I.
(5) *Exp. du syst. natur. des nerfs*, etc., trad. de M. Genest. Paris, 1825.
(6) *Diss. sur les affections locales des nerfs*. Paris, 1825.
(7) *De la paral. partielle de la face*. Paris, 1830.
(8) Thèse, Paris, 1831.
(9) Thèse, Paris, 1834.
(10) *Journ. des conn. méd.-chir.*, t. II, et *Dict. de méd.*, art. FACE (*paralysie*).
(11) *Études sur le système nerveux*. Paris, 1838.

mière de ces affections, de celle qui consiste dans l'abolition du mouvement des muscles de la face.

Cette affection a été désignée par les noms de *oris distortio* (Forestus), de *paralysie de la face*, d'*hémiplégie faciale*, de *paralysie partielle de la face*. Ces dénominations pourraient induire en erreur et empêcher qu'on ne comprît bien exactement de quelle maladie il s'agit. La paralysie de la face comprend, en effet, la paralysie du sentiment due à une affection de la cinquième paire, et l'hémiplégie faciale se retrouve dans les affections cérébrales. Le nom de paralysie de la septième paire n'est sans doute pas exempt de reproches, puisque ce sont les muscles et non le nerf qui sont paralysés; mais, comme cette dénomination fait connaître très clairement quelle est l'affection dont il s'agit, c'est celle que je crois devoir adopter, à l'exemple de la plupart des auteurs récents.

Sans être très fréquente, la paralysie de la septième paire est loin d'être une maladie rare. Il n'est guère de médecins qui n'aient eu plusieurs fois occasion de l'observer.

§ II. — Causes.

Les causes de cette maladie ont été étudiées avec soin. Les auteurs du *Compendium* se sont particulièrement occupés de ce point d'étiologie, ce qui donne beaucoup d'intérêt à leur article.

1° Causes prédisposantes.

Age. « Sur trente-deux individus dont l'âge a été noté, cinq, disent les auteurs que je viens de citer (1), avaient de sept à vingt ans; dix-sept, de vingt à quarante; dix, de quarante à soixante-quatre ans. » On trouve, dans le *Bulletin de thérapeutique* (2), un exemple de paralysie de la face observé *chez un enfant de dix-sept mois*, à l'hôpital Necker, et dû à une carie du rocher gauche. Ce n'est pas ici le lieu de citer les faits rapportés par M. Landouzy, puisque la paralysie était traumatique.

Sexe. Les mêmes auteurs ajoutent : « Kluiskens avait remarqué que les hommes y étaient plus exposés que les femmes. M. Montault a, en effet, trouvé trente-trois hommes sur quarante cas. »

On n'a pas poussé plus loin les recherches sur les causes prédisposantes de la maladie qui nous occupe, et les observations que nous possédons ne présentent pas de détails suffisants sur ce point. Je dirai seulement que, dans quelques cas, on a remarqué que les malades avaient éprouvé des *douleurs rhumatismales* de longue durée avant l'invasion de la paralysie ; que d'autres avaient eu des symptômes de *syphilis*, et que, dans quelques cas, le traitement antivénérien avait paru réussir. En outre, je ferai remarquer que l'impression du froid étant une des principales causes occasionnelles que nous allons avoir à signaler, il est présumable que c'est dans *les saisons et les climats froids* que, toutes choses égales d'ailleurs, on doit rencontrer le plus grand nombre d'exemples de cette affection ; mais ce sont là des données bien vagues et bien insuffisantes, sur lesquelles il ne convient pas de s'arrêter plus longtemps.

(1) Tome III, p. 624.
(2) Janvier 1847.

Dans ces derniers temps, j'ai vu plusieurs exemples de cette affection chez des sujets *anémiques.*

2° Causes occasionnelles.

Action du froid. Je ne mentionnerai pas ici en particulier les divers faits rapportés par Frank, Montault, M. Bérard, etc., et dans lesquels l'action du froid a été frappante ; je me contenterai de citer le résultat suivant obtenu par les auteurs du *Compendium.* Sur soixante-neuf cas, ils ont noté dix-neuf fois (plus du quart) l'impression du froid ou la suppression de la transpiration. L'action du froid dans les maladies est étudiée généralement d'une manière si peu précise, qu'on peut très bien penser que, dans quelques uns de ces faits, l'existence de la cause n'a pas été très rigoureusement constatée ; mais ce résultat numérique, rapproché des faits que j'ai mentionnés plus haut, et dans lesquels la maladie est survenue immédiatement après l'action du froid sur le côté malade, n'en a pas moins une très grande valeur.

Sur le même nombre de faits, les auteurs que je cite ont noté quatre fois une *impression morale*, une fois la *suppression des règles*, trois fois la *rétrocession des dartres*, une fois la *suppression d'un coryza périodique.*

Les autres causes sont traumatiques ou la conséquence d'une lésion voisine du nerf. Ainsi, sur les soixante-neuf cas dont il s'agit, onze fois *le nerf avait été divisé* soit par une opération, soit par un accident ; cinq fois il y avait eu un *abcès des parties avoisinant le nerf;* quatre fois une *contusion* du côté affecté ; une fois un gonflement de la joue par suite d'une *stomatite mercurielle.* M. Landouzy a rapporté quatre cas observés chez les nouveau-nés, et dans lesquels la paralysie était due à la *contusion du nerf par le forceps.* M. Vernois (1) avait auparavant cité un cas semblable. La paralysie de la face à la suite de l'application du forceps, dans les accouchements difficiles, avait déjà été signalée par quelques auteurs allemands ; mais tout porte à croire, ainsi que le fait remarquer M. Landouzy, que ces auteurs avaient méconnu la véritable cause de la maladie, et croyaient avoir affaire à une lésion cérébrale.

Dans douze cas la cause était *inconnue.*

3° Conditions organiques.

D'après ce que je viens de dire relativement aux causes occasionnelles, les conditions organiques dans lesquelles se trouve le nerf affecté sont faciles à déterminer. Que le nerf soit divisé, qu'il soit comprimé par une tumeur, qu'il ait été ramolli et en partie détruit par une inflammation, l'influx nerveux ne peut plus avoir lieu, et de là la paralysie. Quelquefois on a trouvé une tumeur encéphaloïde ou autre dans le cerveau. En pareil cas, il est plus que probable que les racines du nerf ont été atteintes. M. Landouzy pense que dans les cas qu'il a observés l'influx nerveux était arrêté par une condensation de la partie du nerf comprimé ; mais c'est ce qui aurait besoin d'être vérifié.

Il est inutile maintenant d'indiquer en grand détail les causes particulières qui mettent le nerf dans ces conditions. Tout ce qui peut porter atteinte à l'intégrité de son tissu (extension de l'inflammation dans l'otite aiguë, carie du rocher, etc.),

(1) *Études physiol. et cliniques pour servir à l'histoire des bruits des artères.* Paris, 1837.

tout ce qui peut le détruire, le lacérer, le comprimer, aura pour résultat de produire la paralysie dans le côté de la face où se rendent ses rameaux.

Mais il est un assez bon nombre de cas dans lesquels il est impossible de savoir quelle cause a pu suspendre l'influx nerveux ; ce sont ceux qui reconnaissent pour cause l'action du froid, la suppression d'un flux, etc., ou qui ne peuvent être rapportés à aucune cause appréciable.

§ III. — Symptômes.

La paralysie de la septième paire présentant quelques différences suivant qu'on la considère chez l'adulte ou chez le nouveau-né, je vais la décrire telle qu'on l'observe chez le premier, et ensuite je dirai ce qu'on remarque de particulier chez le nouveau-né.

1° *Paralysie de la septième paire chez l'adulte.—Début.* Le début est variable suivant les cas. Il est inutile de dire que lorsque la maladie reconnaît pour cause une lésion traumatique qui a détruit brusquement le nerf, la paralysie se manifeste immédiatement ; s'il s'agit d'une affection à marche lente, comme une tumeur voisine du nerf, la carie du rocher, la paralysie peut elle-même se produire avec lenteur, et ce n'est qu'après avoir éprouvé pendant un temps variable une gêne croissante dans les muscles de la face que le malade se sent complétement paralysé d'un côté de cette partie du corps. Enfin, dans les cas où la maladie n'est pas produite par une lésion matérielle évidente, lorsqu'elle se manifeste après l'impression du froid, par exemple, le début varie dans les différents cas. Quelquefois il est très rapide. On a vu des sujets se réveiller complétement paralysés d'un côté de la face sans avoir rien éprouvé avant leur sommeil. Dans les cas où la maladie reconnaît pour cause une impression morale, l'apparition de la maladie peut être subite. Il n'est pas rare néanmoins de voir cette affection, lorsqu'elle est idiopathique ou essentielle, pour me servir d'une expression consacrée, débuter par une douleur sourde dans les parties qui vont être paralysées ; par un peu de céphalalgie, par un malaise général que les malades ne savent à quoi rapporter, puis la paralysie se produire plus ou moins rapidement.

Symptômes. La douleur n'est pas un symptôme qui appartienne à la maladie confirmée. On a cité quelques cas dans lesquels, pendant les premiers temps, il y a eu des douleurs assez vives dans le nerf affecté ; mais ces douleurs ont fini par disparaître, et ce n'est que dans les cas de complication qu'elles ont pu persister. N'oublions pas, en effet, que la *névralgie trifaciale* peut très bien compliquer la paralysie ; mais ce sont là des cas exceptionnels.

La *sensibilité* n'a subi d'ailleurs aucune altération, du moins dans le plus grand nombre des cas ; car on a cité, chez quelques sujets, une certaine obtusion de cette fonction, mais qui n'était jamais très considérable, et, sous ce rapport, je dois encore prémunir le médecin contre une erreur possible, celle d'attribuer au nerf facial le résultat de la paralysie du nerf trifacial dans les cas compliqués.

Mais c'est la perte du *mouvement* qui est le principal et presque l'unique symptôme. M. Bérard a donné une description très bien faite de l'état de la face qui en résulte, et, à l'exemple de plusieurs autres auteurs, je ne crois pas pouvoir mieux faire que de la suivre.

Les mouvements, très légers chez l'homme, du pavillon de l'*oreille*, sont

anéantis ; le côté du *front* affecté ne présente plus de rides transversales ; le sourcil reste pendant et ne se rapproche plus de celui du côté opposé. Le muscle orbiculaire des paupières ne se contractant plus, l'*œil* reste ouvert et la paupière inférieure est un peu renversée en dehors. Cet organe paraît quelquefois saillant. « L'œil, dit M. Bérard, n'étant plus protégé par les paupières ni lubrifié par les larmes, s'irrite, se sèche ; la conjonctive rougit, et quelquefois même la cornée devient opaque, ou bien la rotation de l'œil, opérée par les muscles obliques, garantit en partie cet organe. Enfin, faute de la participation du muscle orbiculaire au cours des larmes, celles-ci tombent sur les joues, dans l'hémiplégie faciale. L'*épiphora* tient encore à ce que les points lacrymaux, et notamment l'inférieur, cessent d'être convenablement dirigés pour absorber les larmes lorsque le muscle orbiculaire est paralysé. » Cette description exprime parfaitement ce qui se passe dans certains cas ; mais il ne faut pas croire qu'il en soit toujours ainsi. Pour ma part, j'ai vu plusieurs cas dans lesquels l'œil offrait à peine une légère injection, et dans un entre autres que j'ai observé à la Salpêtrière, quoique la maladie durât depuis près de vingt ans, l'œil ne présentait aucune lésion évidente.

« La *narine*, dit M. Bérard en continuant sa description, demeure immobile ; elle ne se dilate plus pendant les mouvements respiratoires ; elle s'affaisse même pendant l'inspiration, au point de rendre quelquefois celle-ci un peu difficile...... En même temps que la narine est plus étroite, on observe aussi que la peau ne se ride plus sur une moitié du *nez*, et que le bout de celui-ci est entraîné vers le côté sain...

» Tout mouvement volontaire ou involontaire d'une moitié des *lèvres*, ajoute cet auteur, est impossible dans l'état de paralysie du nerf facial, quel que soit l'acte auquel les lèvres devraient prendre part en se contractant... La salive et les aliments s'échappent de la bouche par le côté paralysé. La prononciation des voyelles, comme l'*o*, par exemple, qui exigent l'intervention des lèvres, est plus difficile. Les consonnes labiales, comme le *b* et le *p*, sont mal articulées ; l'action de siffler est devenue impossible, les lèvres ne pouvant plus se resserrer que d'un côté. Enfin le malade a de la peine à lancer au dehors sa salive dans l'acte de la sputation...

» La *joue* est flasque, par suite de la paralysie du buccinateur ; elle s'enfle au moment de l'expiration et surtout quand le malade veut prononcer un mot avec emphase. Le courant d'air détermine quelquefois dans la joue et les lèvres un phénomène analogue à celui qu'on observe chez les individus qui fument. Dans d'autres cas, on a vu la joue battre contre les dents...... » Il faut ajouter à cette partie de la description, que si l'on recommande aux malades de souffler en retenant l'air dans leur bouche, de manière à gonfler les joues, ils ne peuvent y parvenir, l'air s'échappant entre les lèvres, qui ne peuvent être maintenues fermées du côté paralysé. C'est là, en effet, un bon signe pour le diagnostic.

« J'ai observé deux fois, dit M. Bérard, une *déviation de la langue* en même temps que l'hémiplégie faciale : cet organe était entraîné dans le même sens que les autres parties molles de la face. Cette déviation a été notée par d'autres observateurs : elle s'explique à merveille par le filet que le nerf facial donne au muscle stylo-glosse. » Si l'on se rappelle ce que j'ai dit à propos de la déviation de la langue, dans l'article *Hémorrhagie cérébrale* (1), on ne trouvera sans doute

(1) Voy. art. *Hémorrhagie cérébrale*.

pas cette explication aussi facile que le pense M. Bérard, et l'on aura peine à comprendre que la déviation ait lieu du côté non paralysé. Ce point a encore besoin d'être éclairé par l'observation. « On dit aussi, ajoute cet auteur, avoir observé une *inclinaison latérale de la luette :* il ne serait pas aussi facile de s'en rendre compte. » Dans les cas observés par M. Landouzy, il a été constaté que la déviation de la luette n'existait pas.

Quand les muscles de la face sont à l'état de repos, on observe déjà un *défaut de symétrie remarquable*. « La commissure labiale du côté paralysé, dit M. Bérard, est plus basse, plus rapprochée de la ligne médiane que celle du côté sain ; la bouche est oblique, et la partie moyenne ne correspond plus à l'axe du corps. »

« J'ai observé encore, ajoute M. Bérard (et cela est une conséquence de ce que je viens de dire), que les deux côtés de la face ne semblent plus placés sur le même plan. *La moitié paralysée est située un peu en avant* de la moitié saine; celle-ci est comme rabougrie, ridée, cachée derrière l'autre ; elle paraît avoir moins d'étendue verticale que la moitié paralysée. Dans cette dernière, les traits sont comme étalés; l'œil est plus largement ouvert; il est plus volumineux que celui du côté opposé. » Il faut ajouter que les plis naturels de la face sont en grande partie effacés, que le trait naso-labial a presque complétement disparu, qu'en un mot tout le côté paralysé manque de l'expression que lui donne le jeu des muscles, et ressemble à la face d'un cadavre, ce qui contraste avec l'animation du côté sain.

Le contraste augmente beaucoup *quand le malade veut parler*, parce que les muscles du côté sain entrent en mouvement, tandis que ceux du côté opposé restent immobiles ; et par la même raison ce contraste est porté au plus haut point *quand le sujet veut rire*. Dans l'action de rire la contraction musculaire, tirant fortement en dehors et en haut les traits de la face, il en résulte que les deux côtés se trouvent dans des conditions entièrement opposées.

Cette disposition de la face est telle, que l'on peut au premier abord ne pas reconnaître des personnes que l'on a fréquemment vues avant leur paralysie. Il y a aussi un air d'étonnement plus ou moins marqué qui contribue à altérer la physionomie du malade.

« Chez quelques sujets, dit M. Bérard, l'*ouïe a été plus obtuse*. Il n'y a pas d'explication satisfaisante de ce symptôme, bien que le nerf facial ait les connexions que tout le monde sait avec l'organe et les nerfs auditifs. » Sans doute on n'expliquerait pas ce symptôme par la suspension de l'action de la portion dure de la septième paire ; mais nous avons vu que la lésion du nerf peut être consécutive à une fluxion de la joue, et sans doute aussi à une irritation de l'oreille interne ; en pareil cas, on comprend très bien comment la cause qui a paralysé le nerf peut avoir agi en même temps sur l'organe de l'ouïe. Mais n'oublions pas que ce n'est là qu'une explication, et engageons les observateurs à porter leur attention sur ce point.

Des faits récents sont venus prouver combien j'avais raison, dans la première édition de cet ouvrage, de faire la recommandation précédente. Plusieurs observations publiées par M. Landouzy (1) démontrent que, l'*ouïe loin d'être obtuse*,

(1) *De l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie du nerf facial* (*Union méd.*, 21 décembre 1850).

peut, au contraire, être exaltée dans l'hémiplégie faciale. Reste à savoir maintenant si cette exaltation est la règle, ce qui néanmoins paraît probable, si l'on considère la constance du phénomène dans les cas observés par M. Landouzy depuis que son attention s'est fixée sur ce sujet.

« Deux ou trois fois, dit encore M. Bérard, le sens du *goût* s'est montré plus ou moins perverti dans le côté de la langue correspondant à la moitié paralysée de la face ; la jonction de la corde du tympan avec le nerf lingual est sans doute la cause de ce phénomène, que du reste nous n'expliquons pas mieux que le précédent. »

Tout récemment M. le docteur Duchenne, de Boulogne (1), a, par des expériences précises, démontré que cette perversion ou altération du sens du goût est un phénomène beaucoup plus fréquent qu'on ne le pensait, si même il n'est constant ; ce qui vient à l'appui de l'opinion de Bellingeri, qui regardait la corde du tympan comme exerçant une influence spéciale sur la gustation.

Il est très rare qu'on observe un *mouvement fébrile* prononcé dans l'hémiplégie faciale. Nous avons vu plus haut qu'au début il peut y avoir un certain malaise général, avec perte de l'appétit et douleur dans la joue et la région parotidienne ; mais au bout de peu de jours, la face restant paralysée, ces symptômes se dissipent, et l'on n'observe plus ni trouble de la circulation, ni dérangement d'aucune autre fonction.

Telle est la description de l'hémiplégie faciale chez l'adulte ; je l'ai, comme je le disais plus haut, empruntée presque tout entière à M. Bérard. Trouvant, en effet, le tableau de la maladie très bien exposé dans l'article de cet auteur, j'ai cru qu'il serait parfaitement inutile de le présenter d'une autre manière. C'est ainsi que j'ai agi jusqu'à présent, et je pense que c'est ainsi qu'il faut faire ; car lorsqu'on a vérifié l'exactitude d'une description, à quoi bon en donner une autre ? Voyons maintenant quelles sont les particularités trouvées par M. Landouzy dans l'hémiplégie faciale des nouveau-nés.

2° *Paralysie de la septième paire chez les enfants nouveau-nés.* Ainsi que je l'ai déjà dit, *la seule cause* de cette affection, observée jusqu'à présent chez les enfants naissants, est la *compression du nerf par le forceps* dans les accouchements difficiles. Ce qui rend possible, chez le nouveau-né, la compression du nerf à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, c'est l'absence presque complète de l'apophyse mastoïde et le peu de développement du conduit auditif.

Les causes signalées dans la description de la maladie chez l'adulte peuvent-elles occasionner la même affection chez le nouveau-né ? La chose ne paraît assurément pas impossible ; mais nous ne connaissons aucun fait où l'on puisse rapporter la maladie à une autre cause que celle qui vient d'être indiquée.

C'est aussitôt après la naissance, et aux premiers cris de l'enfant, que paraissent les symptômes de la maladie en pareil cas. Lorsque le petit malade ne crie pas, si l'œil du côté sain est ouvert, il n'y a dans le défaut de symétrie de la face que des nuances fort légères et presque impossibles à saisir ; mais dès que l'enfant pousse des cris, le défaut de symétrie devient on ne peut plus sensible. Il est surtout un moment qui précède les pleurs où les symptômes sont de la plus grande évidence :

(1) *Rech. électro-physiol. et path. sur les propriétés et les usages de la corde du tympan* (*Arch. gén. de méd.*, décembre 1850).

les traits du côté sain sont par instants fortement tiraillés et prennent cette expression particulière que présente la face des enfants quand ils pleurent, tandis que le côté malade reste immobile. Puis la face rentre dans le repos, et il y a ainsi des alternatives plus ou moins nombreuses jusqu'à ce que le cri se fasse entendre.

M. Landouzy a constaté que, malgré la non-occlusion des paupières, il n'existe ni inflammation de l'œil, ni épiphora. On trouve des traces de contusion sur le point où a porté la cuiller du forceps.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, cette affection survient d'une manière rapide ou même brusquement dans le plus grand nombre des cas; puis, la paralysie étant complète, le mal reste stationnaire pendant un temps plus ou moins long, et ensuite décroît avec lenteur.

La *durée* ordinaire de la maladie, lorsqu'elle est idiopathique ou essentielle, est de deux à trois septénaires; il est bien rare que la guérison ait lieu avant cette époque; mais il l'est beaucoup moins que la maladie persiste un, deux et même six mois. Dans quelques cas, cette durée peut se prolonger beaucoup plus. On connaît le cas cité par M. Montault, et dans lequel il y avait encore de la déviation de la bouche au bout de dix-huit mois. J'en ai vu un beaucoup plus remarquable, puisque la maladie remontait à près de vingt ans, et que la paralysie restait complète, quoique l'examen le plus attentif ne pût faire découvrir aucune lésion organique dans le trajet du nerf. Le sujet de cette observation était une vieille femme qui depuis très longtemps avait renoncé à toute espèce de traitement. Il n'y avait pas chez cette malade l'atrophie des parties molles de la face que Ch. Bell a notée dans un cas de longue durée.

Chez les enfants nouveau-nés observés par M. Landouzy, la durée a été de quelques heures à deux mois.

On n'a cité aucun exemple de terminaison par la mort dans les cas non compliqués. On vient de voir que la paralysie pouvait persister et durer probablement pendant toute la vie, même dans les cas simples. Dans ceux où la paralysie résulte de la destruction du nerf dans une certaine étendue, cette persistance de la paralysie est une conséquence naturelle de la lésion organique. Après la simple section du nerf, le mouvement des muscles peut se rétablir.

§ V. — Lésions anatomiques.

Ce que j'ai dit dans le passage consacré aux *conditions organiques* est suffisant au point de vue où nous devons envisager la question. Je me contenterai par conséquent de rappeler que tantôt le nerf est ramolli, contus, comprimé, détruit, et que tantôt il se montre à nos moyens d'investigation dans une intégrité complète.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Je ne crois pas qu'il soit utile aujourd'hui d'insister beaucoup sur le diagnostic de la paralysie du nerf facial. Des erreurs ont pu être commises lorsqu'on n'était pas suffisamment fixé sur la nature des phénomènes de la maladie; mais dans l'état actuel de la science, elles seraient si impardonnables, que l'on ne doit pas les supposer possibles.

Il est bien plus important de rechercher si la maladie est idiopathique ou symptomatique. Si elle est survenue dans le cours d'une bonne santé, sans aucun accident local, sans développement d'aucune tumeur et sans aucun signe de carie des os, on peut admettre qu'elle est idiopathique. Dans le cas contraire, la connaissance des circonstances que je viens d'énumérer sert à fixer le diagnostic. Mais on peut se demander encore si c'est le cerveau lui-même qui est affecté, ou si le siége de la maladie est dans le nerf. Nous avons vu que, dans quelques cas rares, on a trouvé dans le cerveau une tumeur peu volumineuse qui avait produit la paralysie. En pareil cas, il est bien difficile de dire, pendant la vie, si l'affection est ou n'est pas idiopathique; mais, je le répète, ces cas sont très rares, et l'on conçoit difficilement qu'une tumeur du cerveau puisse déterminer la paralysie faciale sans produire aucun autre phénomène.

Enfin, quelques médecins prétendent que, dans tous les cas de paralysie de la face, il y a une petite hémorrhagie cérébrale. Cette manière de voir est peu soutenable. Si l'on étudie attentivement les cas d'hémorrhagie cérébrale, même très légers, on voit que les symptômes ne sont pas bornés à une simple paralysie; il y a toujours, soit un léger étourdissement, soit un peu de stupeur, et ordinairement quelques légères atteintes du côté de l'intelligence, très passagères, il est vrai, mais réelles. D'un autre côté, l'impression du froid est la principale cause de la paralysie faciale idiopathique, ce qui s'accorde peu avec l'existence d'une hémorrhagie cérébrale.

Chez les enfants nouveau-nés, les traces laissées par le forceps font connaître la cause de la maladie.

Il est un autre diagnostic important que les expériences de M. Duchenne (1) ont beaucoup éclairé dans ces derniers temps. On peut se demander, en effet, si la paralysie est ou n'est pas due à une *lésion des troncs nerveux* eux-mêmes. Or, l'emploi de l'électricité est d'un très grand secours à cet égard. Les troncs nerveux sont-ils intacts? Les muscles reçoivent l'excitation électrique et se contractent. Sont-ils lésés profondément? La contraction n'a pas lieu. C'est du reste ce qu'on observe dans les autres paralysies comme dans celle qui nous occupe soit qu'il y ait lésion d'un tronc nerveux, soit que la lésion existe dans la moelle elle-même.

Pronostic. Le pronostic de cette affection est très peu grave lorsqu'elle est idiopathique; cependant nous l'avons vue se prolonger outre mesure dans quelques cas; mais ce sont des cas exceptionnels. Dans ceux où il s'agit d'une lésion organique, outre le danger propre à cette lésion, il est fort à craindre que la paralysie soit absolument incurable.

Suivant Rhazès (2), si la maladie ne guérit pas au bout d'un mois, on doit pronostiquer qu'elle est incurable. Cette proposition est beaucoup trop absolue. J'ai vu, il y a deux ans, un malade qui n'a guéri qu'au bout de trois mois. Ce qu'il faut dire, c'est que si, au bout de quelques semaines, *on n'aperçoit aucune amélioration*, on doit *craindre* que l'affection ne soit au-dessus des ressources de l'art.

§ VII. — Traitement.

Cette affection n'ayant le plus souvent aucune gravité réelle, son traitement n'a

(1) *Bull. gén. de thér.*, 15 septembre 1852.
(2) *De torturâ faciei.*

pas été étudié avec un très grand soin; mais il est une méthode de traitement qui est adoptée par tout le monde.

On a d'abord généralement conseillé les *émissions sanguines;* elles sont principalement mises en usage lorsque la douleur, un certain degré de tuméfaction de la région parotidienne annoncent une légère irritation des parties. On entretient en même temps une *douce chaleur* à l'aide d'étoffes de laine sur la partie de la face occupée par la paralysie, et principalement au point de sortie du nerf. En même temps on donne quelques *purgatifs* pour opérer une dérivation sur le canal intestinal. Quel que soit le mode d'action de ces moyens thérapeutiques si simples, on les voit réussir dans plusieurs cas, et, dans un grand nombre d'autres, procurer une amélioration évidente; mais il est fréquent de voir cette amélioration, qui se traduit par la facilité de fermer un peu l'œil malade, par une légère traction de la commissure, par quelques plis à la joue, s'arrêter bientôt. Alors on a recours aux autres moyens qui vont être énumérés.

Les principaux de ces moyens sont choisis parmi les excitants et les irritants de la peau. Ce sont des *frictions* avec une flanelle chaude et sèche, ou bien avec divers *liniments* irritants : ainsi l'*alcool camphré* chaud, un *liniment ammoniacal* ou *camphré*, l'*essence de térébenthine*. On a encore proposé la *pommade d'Autenrieth;* mais on sait que ce moyen douloureux produit une éruption qui laisse, si elle est poussée un peu loin, des cicatrices souvent étendues. Ces inconvénients sont tels, surtout sur cette partie, qu'on ne doit pas recourir légèrement et trop promptement à ce remède.

Un moyen plus généralement employé, et dont l'efficacité, dans un bon nombre de cas, est incontestable, consiste dans l'application de *vésicatoires volants* plus ou moins multipliés. On doit commencer par les appliquer sur le point d'émergence du nerf, puis sur la tempe et sur les points les plus voisins de celui que je viens d'indiquer. Il ne faut pas trop tôt renoncer à leur emploi; car ce n'est quelquefois qu'après en avoir appliqué plusieurs que l'amélioration a été évidente.

On a proposé encore le *séton* et les *cautères*, toujours sur le point d'émergence du nerf. Dans quelques cas, ces moyens ont agi avec avantage; mais il est évident qu'on ne doit y recourir qu'après avoir inutilement employé d'autres moyens plus doux, et en particulier les vésicatoires volants. Si la maladie se compliquait de douleurs persistantes, ce qui est très rare, on peut se servir des surfaces dénudées pour faire absorber de un à deux ou trois centigrammes de *morphine*.

M. Pigeaux a cité un cas dans lequel l'emploi de plusieurs *moxas* a procuré une guérison presque complète; mais, ainsi qu'on l'a fait remarquer, les cicatrices profondes produites par leur application sont un grave inconvénient qui doit faire rejeter l'emploi de ce moyen, du moins avant d'avoir mis en usage les autres remèdes connus.

M. Jobert (1) a proposé la *cautérisation transcurrente*. Ce moyen a parfaitement réussi entre ses mains. On se rappelle ce que nous en avons dit à propos des névralgies; les mêmes réflexions s'appliquent à son emploi dans la paralysie du nerf facial. Il est incontestable qu'il a une grande efficacité, mais il effraie les malades; aussi n'y aura-t-on recours que dans les cas où la paralysie résistera beaucoup. Ces cas, du reste, sont plus fréquents que dans la névralgie.

(1) *Études sur le système nerveux*. Paris, 1833.

On a naturellement proposé l'emploi de la *strychnine* dans cette paralysie; et comme le mal paraît purement local, c'est par la méthode endermique qu'on a administré cette substance. Sur la surface dénudée par le vésicatoire, on applique d'*un à trois ou quatre centigrammes de strychnine*, en augmentant la dose avec précaution. C'est au médecin à juger, d'après les effets, de la nécessité de cette augmentation, et à voir si la dose que je viens d'indiquer doit être dépassée.

L'*électricité* est encore un des moyens les plus fréquemment employés. Je ne reviendrai pas ici sur le mode d'application que j'ai plusieurs fois indiqué. L'appareil des frères Breton est très convenable pour cela; mais les procédés de M. Duchenne, de Boulogne, sont bien supérieurs à tous les autres. Suivant M. Castara (1), il convient de placer à la surface interne des joues le pôle positif de la pile, le pôle négatif étant placé sur la sortie du nerf. Des expériences comparatives seraient nécessaires pour nous fixer définitivement sur la valeur de ce mode d'application. Il résulte des recherches de M. Montault qu'il ne faut pas trop attendre pour recourir à ce moyen, car ses effets sont d'autant plus marqués, que la maladie est plus récente.

Un fait singulier, signalé par MM. Pichonnière et Bottu-Desmortiers, est l'action spéciale de l'acide avec lequel on charge la pile. Suivant eux, l'acide nitrique exciterait la motilité, et par conséquent c'est à ce dernier qu'il faudrait avoir recours dans le cas dont il s'agit ici. De nouvelles expériences sont nécessaires pour nous faire apprécier ces assertions à leur juste valeur. L'*électro-puncture* rend plus énergique l'action du fluide électrique.

On a cité à l'appui de chacun des moyens qui viennent d'être passés en revue un certain nombre de cas de guérison dans lesquels leur action favorable a paru évidente. Mais il reste un travail intéressant à faire. Il serait très utile qu'on recherchât quels sont, parmi ces moyens, ceux qui ont l'efficacité la plus grande, et aussi qu'on examinât s'il en est qui conviennent plus que les autres à certains cas particuliers. Il est impossible de trouver dans les observations connues des éléments suffisants pour résoudre ce problème thérapeutique, qui se représente dans le traitement de presque toutes les maladies, et qu'on a si rarement étudié. Du reste, dans l'exposé que je viens de présenter, j'ai tâché de suivre la gradation du traitement, en passant des moyens les plus doux aux plus énergiques.

J'ajoute qu'on doit *rechercher avec soin si le malade n'est pas anémique.* J'ai vu, en effet, des cas où les moyens les plus énergiques et l'électricité en particulier restaient sans effet, tant qu'on n'avait pas prescrit les *ferrugineux*. Donnait-on le fer? Il survenait d'abord une amélioration évidente, puis les moyens dont je viens de parler agissaient avec rapidité.

On a été jusqu'à pratiquer la *section des muscles* (2) *du côté opposé à la paralysie ;* mais personne ne sera tenté d'imiter une semblable pratique.

Traitement de la paralysie du nerf facial chez les enfants nouveau-nés. Dans les cas observés jusqu'à ce jour, la paralysie faciale des nouveau-nés n'a exigé aucun moyen de traitement, elle s'est dissipée d'elle-même au bout d'un temps variable indiqué plus haut. M. Landouzy conseille de soustraire l'œil à une lumière trop vive, de favoriser la succion, qui doit être plus ou moins difficile, en

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1835.
(2) Voy. *Hannover Annalen*, t. I, 1841.

présentant à l'enfant le sein d'une nourrice dont le mamelon sera bien formé, et enfin d'éviter de provoquer les pleurs du petit malade. Je crois que cette dernière précaution est le résultat d'une crainte exagérée ; quant aux autres, leur utilité est incontestable.

Il est clair que si la paralysie faciale, chez les nouveau-nés, n'était pas due à la compression exercée par le forceps, mais à la même cause qui produit l'hémiplégie faciale idiopathique chez les adultes, on devrait avoir recours à quelques uns des moyens indiqués plus haut, en les proportionnant à l'âge de l'enfant : ainsi aux frictions irritantes et aux petits vésicatoires volants ; mais ce n'est là qu'une simple prévision, les exemples d'une paralysie semblable chez les enfants naissants nous manquant tout à fait, comme je l'ai déjà dit.

Restent les cas où la paralysie du nerf facial est due à une lésion organique. Il est évident qu'on doit alors traiter principalement la maladie qui a entraîné avec elle la lésion profonde du nerf. Ces cas sont presque toujours au-dessus des ressources de l'art.

Enfin il faut, en terminant, rappeler les faits dans lesquels la maladie a cédé à un *traitement antivénérien.* Ils prouvent que l'on ne doit jamais négliger de consulter sur ce point les antécédents du malade. Quant à la manière de diriger ce traitement, elle est trop connue ; il serait superflu de l'indiquer ici. Y avait-il, dans les cas dont je parle, quelque lésion des os, une exostose voisine du nerf dont elle gênait les fonctions ? C'est ce dont on n'a pas pu s'assurer.

ARTICLE III.

PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE.

Il y a quelques années, on regardait la paralysie générale se produisant d'une manière chronique et progressive, comme essentiellement liée à l'aliénation mentale. Il n'y avait pas de contestation à ce sujet. Mais, dans ces derniers temps, on a vu des cas où une semblable paralysie s'est produite, sans que l'intelligence ait paru profondément altérée, et l'on a décrit cette affection particulière sous le nom de *paralysie générale progressive.*

Il y a des objections à élever contre cette manière de voir, et, de plus, les faits que nous connaissons ne me paraissent pas suffire encore pour résoudre toutes les questions qu'elle soulève. Je crois donc devoir me borner à indiquer dans cet article l'état actuel de la science, et à signaler les principaux points en litige.

Suivant MM. Baillarger, Prus, Sandras, Rodrigues (1), Lunier (2), cette paralysie générale progressive est *semblable à celle des aliénés pour la marche et les symptômes*, et cependant il n'y a pas aliénation mentale ; mais tout porte à croire que, dans un bon nombre de cas, il ne s'agissait d'autre chose que d'une de ces *névralgies générales*, dont j'ai donné plus haut la description. Ce qu'il y a de certain, c'est que, dans le très petit nombre de cas où l'autopsie a été pratiquée, on n'a pas trouvé de lésion caractéristique, ce qui suffit pour distinguer cette affection de la paralysie générale des aliénés.

(1) *Traité de la paralysie générale chronique considérée spécialement chez les aliénés.* Anvers, 1847, in-8.
(2) *Union méd.*, 15 mai 1847.

M. Baillarger, qui s'est occupé particulièrement de cette question, est un de ceux qui ont le plus insisté sur la nécessité de faire de la paralysie générale une maladie indépendante, et les faits qu'il a cités ont un grand intérêt. Aussi, importe-t-il d'examiner particulièrement ses recherches.

D'après cet auteur (1), la paralysie générale est une affection qui ne se lie pas nécessairement à la folie; ou plutôt, la folie n'est qu'une conséquence éventuelle de cette maladie. Ce médecin se fonde sur ce que : 1° la paralysie précède le plus souvent les signes de la folie; 2° la folie cesse avant la disparition de la paralysie; 3° la paralysie générale existe dans un assez grand nombre de cas sans délire. Je ferai remarquer d'abord que les observations rapportées par M. Baillarger ne mettent nullement hors de doute l'exactitude de la première proposition; en second lieu, qu'il n'est nullement surprenant que le délire se dissipe plus ou moins complétement, alors même que les lésions du mouvement persistent; car, s'il est vrai, ce qui paraît très peu contestable, que le désordre de l'intelligence coïncide avec la formation même des lésions méningiennes, il n'est pas surprenant que ce désordre se suspende lorsque ces lésions sont complétement formées pour reprendre ensuite quand elles se propagent à un autre point des méninges; enfin, il n'est nullement démontré que la paralysie générale observée en dehors de la folie soit la même maladie que la paralysie générale des aliénés, puisque, dans le très petit nombre de cas où l'on a pu faire l'autopsie de sujets morts de paralysie générale sans délire, on n'a pas trouvé les mêmes lésions que chez les aliénés paralytiques. Il faudrait donc présenter des preuves plus convaincantes en faveur de cette opinion.

Il est une autre objection qui ne paraît pas sans force, et je la trouve dans la description de M. Sandras (2).

Ce qu'il faut noter dans cette description, c'est l'*absence de ces accès convulsifs* qui sont, au contraire, si remarquables dans la paralysie générale des aliénés. Peut-être l'attention n'a-t-elle pas été suffisamment fixée sur ce point; mais il n'en est pas moins singulier que ce symptôme n'ait pas été assez marqué pour l'attirer puissamment. S'il manquait, et c'est ce que j'ai constaté, en 1852, dans un cas que j'ai observé à l'hôpital de la Pitié, on ne pourrait pas dire, avec les auteurs que j'ai précédemment cités, que cette paralysie ressemble parfaitement à celle des aliénés. Il faut noter aussi que l'intelligence est fortement affaiblie dès que la maladie a pris un peu d'intensité, et peut-être un examen très attentif, s'il avait pu être fait, aurait-il appris que, dès le début, les facultés intellectuelles sont beaucoup moins intactes qu'on ne pourrait le croire.

On le voit donc, nous sommes encore loin d'être fixés sur cette affection. C'est pourquoi je borne là mes considérations, et je me contente d'ajouter le fait suivant, comme ayant un certain intérêt thérapeutique, sans affirmer, à beaucoup près, qu'il s'agisse, dans ce cas, d'une paralysie générale essentielle.

On trouve, dans la *Revue médico-chirurgicale* (3), un fait emprunté aux *Collectanea medico-chirurgica* de l'Académie de Wilna, un fait qui tend à prouver l'efficacité du *rhus toxicodendron* dans la paralysie. Cette paralysie occupait presque

(1) *Rech. sur la paralysie générale progressive.* Paris, 1849.
(2) *Bull. gén. de thér.*, juin 1848.
(3) Décembre 1847.

toutes les parties du corps. Le médicament fut administré de la manière suivante :

℞ Extrait de rhus toxicodend. 0,05 gram. | Sucre................ 0,30 gram.

Mêlez. Divisez en dix paquets. Dose : trois par jour, puis augmenter jusqu'à prendre 1,50 grammes du mélange.

ARTICLE IV.

PARALYSIE ESSENTIELLE DES ENFANTS.

M. Rilliet vient de publier un travail sur un sujet dont s'étaient déjà occupés MM. Richard (de Nancy) et Kennedy (1) : il s'agit de la *paralysie essentielle chez les enfants.*

Voici en quelques mots le résumé de M. Rilliet :

« La maladie peut débuter de différentes manières, tantôt la paralysie est instan- » tanée, tantôt elle est précédée d'accidents cérébraux convulsifs ou non convulsifs, » ou d'un dérangement de la santé générale, en particulier des symptômes d'une » dentition difficile ; mais comme dans le cas précédent la perte du mouvement est » soudaine et d'emblée, elle atteint son maximum ; tantôt enfin la maladie apparaît » graduellement, lentement, à la manière des maladies chroniques.

» Quand la paralysie est instantanée et primitive, elle est d'ordinaire partielle et » atteint plus souvent le bras que l'une des extrémités inférieures ; mais elle n'est » presque jamais sous forme para ou hémiplégique. Quand elle est instantanée, » mais précédée de symptômes non cérébraux ou cérébraux légers, elle est tantôt » partielle, tantôt hémiplégique, tantôt paraplégique. Quand le début est lent la » paralysie peut être hémiplégique, paraplégique, ou partielle.

» Quand le début a été marqué par des symptômes cérébraux non convulsifs, » c'est de la somnolence, du strabisme, de la dilatation de la pupille, de la pesan- » teur de tête, de la céphalalgie que l'on observe le plus ordinairement un ou » deux jours avant la paralysie et qui disparaissent rapidement....

» Cette paralysie peut disparaître rapidement, ou bien persister ; alors arriveront » de nouveaux symptômes constituant la période d'atrophie décrite par Heine ; ce » sont l'abaissement de la température, l'atrophie musculaire, l'arrêt de la crois- » sance des membres, les déformations de la colonne vertébrale et des membres....

» Le début lent, insensible, donne un pronostic fâcheux ; il en est de même quand » les convulsions ont précédé la perte du mouvement....

» Quant au traitement, il doit être dirigé en premier lieu contre la cause pré- » sumée ; si le mal persiste, insister sur le traitement de Heine, c'est-à-dire la » *strychnine* à l'intérieur et à l'extérieur, et enfin dans la période atrophique, faire » usage de la gymnastique et d'une bonne hygiène. »

ARTICLE V.

CONTRACTURE IDIOPATHIQUE.

Il n'entre pas dans le plan de cet ouvrage de parler de la contracture en général. Sous ce point de vue, elle n'est, en effet, qu'un symptôme sur lequel on peut présenter des considérations intéressantes en pathologie générale ; mais dans la pathologie spéciale ce symptôme appartient à diverses maladies dont plusieurs ont déjà été étudiées, et c'est dans la description de ces affections qu'il trouve naturellement sa place.

(1) Voy. *Bull. gén. de thér.*, 15 décembre 1851.

Il n'est qu'une seule espèce de contracture qui mérite d'être étudiée à part, c'est la contracture idiopathique, qui fait le sujet de cet article.

Les auteurs récents ont donné à cette affection le nom de *contracture des extrémités*, parce que les extrémités sont les points dans lesquels se montre constamment cette contracture ; mais on va voir par la description suivante que là ne se borne pas toujours ce symptôme. D'autres parties, les muscles des mâchoires et du tronc, peuvent participer à ce trouble de la motilité, et, de plus, il résulte des faits que cette affection n'est pas une maladie locale. Je crois, par conséquent, qu'il est bien préférable de la désigner sous le nom de *contracture idiopathique*, déjà employé par MM. Tessier et Hermel.

« C'est seulement, disent MM. Rilliet et Barthez (1), dans ces dernières années que la maladie dont nous allons faire l'histoire a spécialement attiré l'attention des pathologistes. Il est bien probable toutefois qu'elle n'était point inconnue à la plupart des auteurs qui ont étudié les maladies de l'enfance. Sans doute alors elle était confondue avec les convulsions, et faisait partie de ce cortége de symptômes auquel les gens du monde et même certains praticiens ont donné le nom de *convulsions internes.* Il n'est pas étonnant, du reste, que la contracture ait passé inaperçue, car elle survient d'ordinaire dans le cours d'une affection plus grave qui seule attire l'attention de l'observateur, et, de plus, son siége et l'âge des sujets qu'elle atteint plus spécialement sont encore des motifs qui l'ont fait méconnaître. »

Il ne faut pas croire cependant que cette maladie fût tout à fait méconnue. Les auteurs que je viens de citer se sont, en effet, servis d'observations recueillies par MM. Tonnellé, Delaberge et Constant ; et, de plus, nous savons que Dance avait déjà décrit cette affection sous le nom de *tétanos intermittent.* Dans ces derniers temps, MM. Tessier et Hermel (2) en ont rapporté plusieurs cas qu'ils ont observés à l'Hôtel-Dieu, et en ont fait le sujet d'un mémoire intéressant.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Ce qui caractérise particulièrement l'affection dont il s'agit, c'est la flexion involontaire des doigts et des orteils. MM. Rilliet et Barthez la divisent en primitive, sympathique et symptomatique. La dernière espèce ne doit être mentionnée qu'à l'occasion des maladies dans lesquelles elle survient, et des deux autres, c'est la première qui doit nous occuper particulièrement ici.

La contracture des extrémités n'est pas une maladie fréquente ; il est beaucoup de médecins qui ne l'ont jamais observée à l'état idiopathique. A diverses époques, elle se montre sur un certain nombre de sujets, sans qu'on en puisse découvrir la cause. C'est ainsi qu'en 1842 et 1843, un nombre assez considérable de cas fut observé, principalement à l'Hôtel-Dieu, chez les adultes, tandis qu'avant ces deux années, et depuis, cette affection a été très rare chez les sujets qui ont passé l'âge de la puberté.

§ II. — Causes.

Tout ce que nous savons sur ce point, c'est que les enfants, et surtout ceux qui ont d'un à trois ans, y sont particulièrement exposés. Après cet *âge*, c'est de seize

(1) *Traité clin. et prat. des malad. des enfants*, t. II, p. 325 et suiv.
(2) *De la contracture et de la paralysie idiopath. chez l'adulte*, mai et juin 1843.

à vingt ans qu'elle se montre le plus souvent. Tout ce qu'on a dit de plus sur l'étiologie de cette affection se réduit à des conjectures.

§ III. — Symptômes.

Le *début* est ordinairement graduel ; une seule fois M. Grisolle (1) a vu la maladie survenir brusquement. On voit ordinairement des *prodromes* précéder les symptômes caractéristiques ; ce sont les phénomènes suivants : malaise, brisement des membres, courbature, céphalalgie, vertiges.

Lorsque la maladie est confirmée, les malades éprouvent une *douleur* particulière qui a pour siége les membres affectés. Cette douleur consiste dans des élancements occupant les mains ou les pieds, les avant-bras ou les mollets, ou toutes ces parties, suivant que la maladie est bornée à quelques unes des extrémités ou les occupe toutes. On observe aussi des *crampes*, principalement dans les mollets. MM. Tessier et Hermel ont constaté, dans un cas, que le trajet des cordons nerveux correspondant aux parties contracturées était spécialement douloureux.

La *contracture* n'est pas ordinairement le premier symptôme qui annonce le trouble de la motilité, soit que l'on considère la maladie en général, soit qu'on ne considère que les accès qu'elle présente. On trouve, en effet, d'abord de l'engourdissement et de la gêne dans les mouvements, une tension douloureuse ; puis vient la roideur, la contracture qui s'empare principalement des doigts et des orteils, et qui gagne le reste des membres. Les doigts sont quelquefois fléchis et collés à la paume de la main ; on peut, à l'aide d'efforts persistants, les ramener dans l'extension, mais on est ordinairement obligé d'y renoncer, à cause des vives douleurs que ces tentatives occasionnent. D'autres fois il n'y a qu'une simple demi-flexion des doigts, qui sont alors écartés et qui sont irrégulièrement fléchis. Cette flexion ou demi-flexion gagne aussi les bras, et y présente les mêmes caractères.

Dans les *membres inférieurs*, on observe surtout de la roideur dans l'extension, en sorte qu'on a de la peine à fléchir les articulations, et que cette flexion est douloureuse ; les orteils cependant sont quelquefois fléchis, et quelquefois dans l'extension forcée.

Les muscles des membres ainsi contracturés sont durs, et leurs tendons sont saillants. Dans un cas qui a passé sous mes yeux, j'ai observé un *tremblement* marqué des membres supérieurs, principalement dans les moments d'exacerbation de la maladie. Ce symptôme n'a généralement pas été signalé.

Ce n'est pas seulement sur les muscles des membres que porte la rigidité. C'est ainsi que, chez quelques uns des malades observés par Dance, on nota le *trismus*, la contracture des muscles abdominaux, et, dans un cas, une roideur des muscles postérieurs du tronc semblable à l'*opisthotonos*. Chez ce sujet il y avait en même temps des secousses convulsives, comme dans le véritable tétanos.

MM. Rilliet et Barthez ont vu plusieurs fois des *convulsions* survenir chez les enfants, trois ou quatre jours après que s'était montrée la contracture.

Dans un certain nombre de cas, on a observé, en même temps que ces troubles de la motilité, une obtusion remarquable de la *sensibilité* occupant les parties malades, mais jamais d'insensibilité complète.

(1) *Traité de path.*, t. II.

Il est rare que les membres occupés par la contracture présentent quelque altération apparente ; cependant on a cité quelques cas dans lesquels on a observé de *rougeur* et un peu d'*œdème* au niveau des articulations.

La *céphalalgie* et les *vertiges*, que nous avons signalés parmi les prodromes, con-ment quelquefois pendant le cours de la maladie, mais ce n'est pas le cas le plus équent. On n'observe pas de délire ; mais, dans certains cas, il existe une espèce *stupeur*, lorsque la maladie est violente, et surtout pendant les accès.

Quand la maladie reste bornée aux extrémités, il n'y a pas de symptômes génér- bien remarquables ; mais si, comme dans plusieurs cas rapportés par Dance, ffection est plus générale, on voit, principalement au moment des accès, surve-ir une grande *anxiété*, une gêne marquée de la respiration, son accélération, et de suffocation. L'anxiété et les douleurs sont quelquefois telles, que les malades ussent des gémissements et parfois des cris.

La *face* est généralement pâle ou naturelle ; mais au moment des accès, lorsqu'ils nt violents, elle se colore vivement par intervalles, ce qui annonce l'apparition s douleurs.

La *peau*, naturelle ou légèrement humide, se couvre de sueur à la fin des accès olents.

Du côté des *voies digestives*, on n'observe guère qu'une diminution plus ou oins marquée de l'appétit.

Il n'est pas ordinaire d'observer de la fièvre lorsque la contracture est un peu endue ; dans les cas où elle est généralisée, on constate un mouvement fébrile elquefois porté au point que le *pouls* a une fréquence démesurée, pour me rvir de l'expression de Dance (1), ce qui portait cet auteur à donner à la maladie nom de *fièvre intermittente tétanique*, et à la ranger parmi les fièvres perni-uses. Mais ce que nous venons de dire du peu de constance de ce phénomène ouve que cette manière de voir n'est pas fondée sur les faits les plus ordinaires.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est surtout intéressante à étudier. Tous les auteurs, principalement Dance et M. Imbert-Gourbeyre, ont insisté sur l'existence s *accès* qui donnent à la maladie le caractère *intermittent*. Dans les cas observés r Dance, les malades avaient éprouvé un temps plus ou moins long avant leur trée à l'hôpital (deux, trois et même quatre mois) plusieurs atteintes légères du al : « C'étaient, dit cet auteur, des accès faibles et de courte durée, n'ayant n de fixe dans leur apparition, caractérisés par des roideurs qui s'emparaient omentanément des membres, et cessaient ensuite spontanément dans ces parties. ais, par la suite, ces accès ont été en redoublant d'intensité, affectant un type us régulier (quotidien dans un cas, tierce dans un second, simplement rémittent ns les autres), s'accompagnant en outre de symptômes fébriles analogues à ceux une fièvre intermittente, si l'on en excepte toutefois le stade du frisson, qui était 1 général peu ou point du tout marqué. » Cette intermittence mérite grande considération, car nous verrons, à l'article du traitement, que, dans un cas observé ar M. Tessier, on a tiré de cette circonstance une indication utile.

1) Obs. 4e.

Nous venons de voir que la *durée* de l'affection peut être longue, car, dans les cas cités par Dance, il faut faire remonter son début aux premiers accès passagers; dans beaucoup de cas, elle est plus courte, mais il est rare qu'elle ne dure pas un certain nombre de jours.

La *terminaison* est ordinairement heureuse, et l'on voit les cas en apparence les plus graves se terminer par la guérison, sans qu'on emploie de médication active, ainsi que le fait observer Dance ; mais on en a cité quelques-uns qui se sont terminés par la mort, ainsi qu'on va le voir quand je parlerai des lésions anatomiques.

§ V. — Lésions anatomiques.

On n'a pas trouvé de lésions anatomiques qui se montrent d'une manière constante dans l'affection qui nous occupe. Dans un cas, M. Grisolle a vu un ramollissement de la moelle ; dans un autre, M. Imbert-Gourbeyre a reconnu une injection et même des ecchymoses de la surface convexe du cerveau, un ramollissement du renflement brachial de la moelle, une teinte rosée de la queue de cheval; mais ces lésions sont trop peu constantes pour qu'on les considère comme essentielles, et, jusqu'à nouvel ordre, on doit, avec la majorité des auteurs, regarder la maladie comme due à un trouble fonctionnel.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Une fois ces symptômes connus, on ne peut guère confondre l'affection qui nous occupe avec aucune autre maladie. Elle se distingue du *tétanos*, dans les cas les plus violents, par son intermittence si remarquable ; lorsque l'affection n'occupe que les extrémités, la confusion n'est pas possible. On a pensé qu'on pourrait la prendre pour l'*ergotisme convulsif* décrit par les auteurs allemands ; mais on a fait remarquer avec raison que la multiplicité des symptômes, leur violence extrême, et le génie épidémique qu'on observe dans cette dernière, suffisent pour prévenir l'erreur. Quant à l'*acrodynie*, elle n'a pas pour symptôme ordinaire la contracture des extrémités, ce qui est un signe diagnostique suffisant.

Pronostic. Nous avons vu, en parlant de la terminaison, que la maladie est en général peu grave. La mort est ordinairement, suivant la remarque de MM. Rilliet et Barthez, causée par des complications de nature diverse. Cependant il est des cas de mort où la maladie n'était pas compliquée. On n'a pas signalé de phénomène particulier, sauf peut-être les convulsions chez les enfants, qui indique une plus grande intensité de l'affection.

§ VII. — Traitement.

L'emploi des *émissions sanguines* a été tenté contre la contracture idiopathique ; mais dans les deux cas cités par Dance, où elles ont été mises en usage, elles ont été inutiles (1). Cependant les auteurs disent que la saignée est avantageuse, mais les preuves manquent.

Le plus souvent on se contente de quelques calmants (*opium*, *belladone*, etc.). Relativement à l'opium, M. Grisolle fait observer qu'on ne l'a peut-être pas porté

(1) *Loc. cit.*, p. 204.

à une dose assez élevée, car il est rare qu'on en ait donné plus de 15 centigrammes dans les vingt-quatre heures aux adultes. L'opium à haute dose est un moyen à tenter.

Les *antispasmodiques* sont surtout conseillés par MM. Rilliet et Barthez, qui recommandent les frictions avec l'*éther*, la *teinture éthérée de digitale*, l'*huile camphrée*. Contrairement à leur habitude, ces auteurs n'invoquent pas, pour démontrer l'efficacité de cette médication, l'autorité des faits. Les antispasmodiques ont été aussi administrés *à l'intérieur*, et les auteurs que je viens de citer recommandent en particulier l'*oxyde de zinc uni à la jusquiame*, comme dans les cas de névralgies; mais les réflexions précédentes s'appliquent à l'emploi de ce médicament.

M. Martin-Solon (1) a employé avec succès le *chloroforme* à l'extérieur, contre une contracture musculaire qu'il regardait comme *rhumatismale ;* il faisait pratiquer trois fois par jour des onctions sur les parties contracturées avec le liniment suivant :

℞ Chloroforme	ãã parties égales.
Huile d'amandes douces.....................	

On a conseillé les *ferrugineux* et un *bon régime* (Constant), dans les cas où la constitution est débile. Les *toniques*, et en particulier le *quinquina*, paraissent devoir être utiles en pareille circonstance.

Dans un cas rapporté par Dance, les *bains généraux*, dit cet auteur, ont paru avantageux. C'est encore une médication à expérimenter, et l'on devra essayer les *bains prolongés*.

Dans les cas observés par MM. Tessier et Hermel, les *vomitifs* paraissent avoir eu des avantages plus marqués que les autres remèdes. Ces auteurs conseillent d'administrer à plusieurs reprises le mélange suivant :

℞ Tartre stibié.......... 0,01 gram. | Ipécacuanha.............. 2 gram.

A prendre en une fois.

Enfin les mêmes observateurs ont cité un cas dans lequel l'affection présentait des accès mal caractérisés de fièvre quotidienne, et qui céda promptement au *sulfate de quinine*. Il est surprenant que la marche de la maladie, sur laquelle ont tant insisté plusieurs des auteurs précédemment cités, n'ait pas engagé les médecins à user plus fréquemment de ce moyen. M. le docteur Sandras (2) a observé un cas dans lequel le *sulfate de quinine* à la dose d'un gramme a eu un effet calmant très évident.

Rappelons en terminant que, dans des cas en apparence graves, les sujets ont guéri sans être soumis à aucune médication active.

J'ai présenté en abrégé le traitement de cette maladie, parce que les recherches thérapeutiques sur ce point de pathologie sont beaucoup trop insuffisantes pour qu'on puisse en tirer quelques conséquences pratiques précises. C'est un sujet intéressant pour les observateurs.

(1) *Bull. gén. de thér.*, juillet 1849.
(2) *Union méd.*, 27 octobre 1849.

ARTICLE VI.

CRAMPES ORDINAIRES ET CRAMPE DES ÉCRIVAINS.

1° *Crampes ordinaires.* On sait que certaines personnnes sont sujettes à des crampes qui surviennent principalement dans la nuit, et qui occupent les muscles des mollets ou des pieds. Lorsque ce phénomène ne se produit que de loin en loin, il ne constitue qu'un léger accident, et ne peut être considéré comme une maladie. Mais, chez certains sujets, les crampes se renouvellent toutes les nuits à des reprises plus ou moins nombreuses; elles sont très douloureuses et troublent le sommeil. Cet état est des plus pénibles et réclame les soins du médecin.

Je ne chercherai pas les causes de cette affection, elles n'ont pas été suffisamment étudiées; quant aux symptômes, au contraire, tout le monde les connaît. Je veux seulement, ici, indiquer le moyen de *traitement* suivant, qui a été employé par un médecin sur lui-même.

M. le docteur Bardsley (1), de Manchester, a trouvé un moyen bien simple d'empêcher la reproduction des crampes qui se manifestent avec tant de violence chez quelques personnes quand elles sont couchées. Je crois devoir donner ici l'extrait de son mémoire tel qu'il a été présenté dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (2). Le docteur Bardsley a été, pendant plusieurs années, tourmenté presque toutes les nuits par des crampes contre lesquelles il a inutilement employé tous les moyens usités en pareil cas. Il fut enfin frappé d'un fait qui avait longtemps échappé à son attention : c'est que, lorsqu'il dormait dans son fauteuil, les extrémités inférieures ne touchant pas au sol, mais suspendues de manière à former un plan incliné avec le reste du corps, jamais les crampes ne venaient le troubler dans cette position. L'auteur ayant questionné plusieurs personnes, comme lui sujettes aux crampes, trouva qu'elles étaient précisément dans le même cas. Il fit donc préparer un lit en plan incliné. Dans ce but on retrancha 12 pouces des pieds inférieurs du lit, de manière à faire incliner celui-ci de 12 pouces à partir de la tête aux pieds. Cette méthode réussit parfaitement, ce qui fut d'ailleurs démontré par la contre-épreuve suivante. Sept jours après avoir joui du bénéfice de ce nouveau plan, l'auteur, peu de temps après s'être couché, fut pris de crampes atroces qui mirent toute sa famille en alarmes; le lendemain matin il s'aperçut que son lit avait été refait d'après la méthode ordinaire par une nouvelle servante qui n'avait pas été prévenue de la manière dont il fallait le faire.

M. Bardsley a également fait une expérience qui lui a démontré que ce n'était pas à un régime trop succulent qu'il devait attribuer ses crampes. Un jour qu'il avait mangé très légèrement, il essaya de se coucher en position horizontale; il ne tarda pas à s'éveiller avec des crampes si violentes, qu'il lui fallait deux personnes pour lui maintenir les jambes et les cuisses pendant qu'on faisait des frictions stimulantes. L'auteur croit néanmoins que les crampes tiennent à un état maladif des voies digestives, et que si une abstinence complète des plaisirs de la table n'est pas de rigueur, il importe cependant de ne pas trop s'y livrer si l'on

(1) *Lond. med. Gaz.*, mai 1847.
(2) 1er mars 1847.

veut que les nuits ne soient pas traversées par les douloureux accès auxquels on est sujet.

2° *Crampe des écrivains.* Je ne dirai que quelques mots de cette singulière affection dont les chirurgiens se sont occupés plus spécialement que les médecins. Ce n'est que depuis un petit nombre d'années que les observateurs en ont signalé des cas remarquables ; les plus connus sont ceux qui ont été publiés par les docteurs Albers, Heyfelder, Kopp, J.-J. Cazenave, David, Stromeyer et Langenbeck.

Cette affection consiste dans l'impossibilité d'écrire, par suite de contractions particulières des muscles fléchisseurs, ou plus rarement des extenseurs des doigts, quoique, en général, la main exécute facilement tous les mouvements quand il s'agit d'un autre acte.

La seule *cause* que l'on ait reconnue à cette maladie est l'action d'écrire avec continuité pendant un temps assez long.

Début. Comme l'affection précédente, celle qui nous occupe commence ordinairement par des accès éloignés et de courte durée, jusqu'à ce qu'enfin la crampe se manifeste toutes les fois que le sujet veut écrire.

Les *symptômes* de la maladie ne sont pas les mêmes dans tous les cas. Ainsi parfois il y a une simple flexion involontaire du pouce, lorsque le malade veut faire courir la plume sur le papier : celle-ci est mal tenue, et si le mal est poussé très loin, l'écriture est tout à fait illisible. D'autres fois (1) l'index s'éloigne de la plume, qui ne peut être maintenue ; quelquefois aussi la contraction du pouce est subite, et la plume est projetée au loin (2). Dans un cas dont j'ai eu connaissance, et pour lequel M. J. Cloquet a été consulté, le pouce, l'index et le médius se fléchissaient, et ce n'est qu'après cette flexion que le malade pouvait écrire avec quelque facilité.

Les mouvements de la main, pour les autres actes, sont, au contraire, ainsi que je l'ai dit plus haut, réguliers et faciles; il y a néanmoins quelques exceptions à cette règle, car chez un des sujets observés par M. Stromeyer, le pouce était entraîné vers la paume de la main toutes les fois que le malade voulait toucher du piano.

Lorsque les sujets affectés veulent continuer à écrire malgré cet empêchement, il en résulte des efforts considérables des doigts et une grande fatigue, principalement dans le pouce.

Tels sont les seuls symptômes qui caractérisent cette maladie, car il n'y a rien qui prouve qu'elle soit due à une influence générale.

Un très grand nombre de *traitements* ont été dirigés contre cette affection. On lui a opposé les *frictions irritantes*, les *affusions froides*, les *vésicatoires*, les *sétons*, la *morphine*, la *strychnine par la méthode endermique*, la *belladone*, l'*acupuncture*, l'*électro-puncture*, les *douches médicamenteuses*, etc. Jamais ces moyens n'ont procuré de véritables succès. On leur a vu produire un peu de soulagement, mais ce soulagement a toujours été passager.

M. Sandras (3) a fait connaître un cas qui lui a été communiqué par M. Lenfant, et dans lequel il a conseillé les saignées, les émollients, les ferrugineux, les

(1) Langenbeck, *Allg. Zeit.*, 1841.
(2) Stromeyer, *Bayerisch. med. Corresp.*, 1840.
(3) *Bull. gén. de thér.*, 1848.

narcotiques, les vésicatoires. Mais je n'ai pas appris que ce traitement ait eu du succès.

Enfin on a plusieurs fois pratiqué la *ténotomie*. Dans un des cas observés par M. Stromeyer, la *section du muscle long fléchisseur du pouce* fut pratiquée ; immédiatement la sensibilité de tout le pouce diminua sensiblement ; elle avait repris dès le lendemain toute son intégrité sur la face dorsale, mais la face palmaire resta insensible pendant quatorze jours, après lesquels la sensibilité y reparut. Le quinzième jour la guérison était complète.

Ce cas est le seul de tous ceux que nous connaissons dans lequel le succès a été complet. M. Langenbeck ne produisit qu'une diminution de la maladie par la section de l'extenseur propre de l'index et du tendon de l'extenseur commun ; et, dans les autres cas, opérés par Dieffenbach et d'autres chirurgiens, on n'obtint aucun avantage de l'opération. C'est à l'observation ultérieure à nous faire connaître dans quels cas on peut le plus espérer de la ténotomie, et l'étude attentive des phénomènes apprendra aux praticiens quels sont, dans les diverses circonstances, les tendons dont on doit opérer la section.

Dans sept cas rassemblés par M. Cazenave (1), de Bordeaux, ce médecin a vu que la section des muscles opérés par Stromeyer, un cautère placé par le docteur Albert à égale distance de l'acromion et de la septième vertèbre cervicale, un serre-bras deltoïdien sont des moyens qui ont procuré une amélioration momentanée, mais non une guérison complète. De telle sorte qu'il propose de les remplacer par l'emploi d'un appareil très simple, dont voici la description :

Porte-plume de M. Cazenave. Il consiste en un porte-plume armé de deux vis de pression et en deux cercles de caoutchouc pourvus chacun d'une vis de rappel. Cet appareil ainsi composé s'adapte parfaitement et sans gêne aux trois premiers doigts de la main droite, qu'il contraint à tenir la plume. Comme les liens sont élastiques et qu'on peut les serrer et les desserrer à volonté en recourant au mécanisme si simple des vis de rappel dont ils sont pourvus, on peut écrire ayant les doigts ainsi fixés, mais d'une tout autre façon que dans les conditions ordinaires. Les mouvements très rapides de flexion ou d'extension n'étant pas possibles, force est d'écrire par des mouvements d'avance et de recul, qui s'opèrent dans l'articulation radio-carpienne. Cinq ou six leçons et un peu d'application suffisent pour bien apprendre cette manœuvre.

J'ai vu chez M. Charrière un porte-plume très simple qui réussit dans les cas ordinaires.

ARTICLE VII.

CONVULSIONS.

Je n'ai pas besoin de revenir sur les raisons qui m'empêchent d'étudier ces maladies au point de vue de la pathologie générale ; elles sont tout aussi puissantes quand il s'agit des convulsions que quand il s'agit de la paralysie. Nous connaissons un certain nombre d'affections dans lesquelles les convulsions peuvent être considérées comme essentielles, au moins dans la majorité des cas ; ces affections doivent être décrites dans autant d'articles séparés. C'est ainsi que je vais traiter des *convulsions idiopathiques de la face*, de l'*éclampsie*, du *tétanos*, de la *chorée*.

(1) *De quelques infirmités de la main qui s'opposent à ce que les malades puissent écrire.* Paris, 1846, in-8, fig.

Puis viendront les autres maladies dans lesquelles les convulsions ne constituent pas toute la maladie, mais en forment une partie très importante, comme l'*épilepsie*, l'*hystérie*. L'étude de ces névroses me conduira à celles de l'intelligence, par lesquelles je terminerai ce chapitre.

Quant aux autres convulsions elles sont *sympathiques* ou *symptomatiques*. Je dirai un mot des premières en parlant des convulsions idiopathiques, parce que, ainsi que le font très bien remarquer MM. Rilliet et Barthez (1) à propos de l'*éclampsie des enfants*, on peut considérer la maladie dans le cours de laquelle se développent les convulsions comme une simple cause occasionnelle, et, à la rigueur, ne voir dans ces convulsions qu'une affection idiopathique essentielle, puisque aucune autre maladie ayant son siége dans le système nerveux ne saurait en rendre compte.

Après ces explications je ne crois pas devoir davantage m'étendre sur les généralités, et je passe immédiatement à la description des convulsions idiopathiques de la face, affection que je crois devoir rapprocher autant que possible de la paralysie de la septième paire, parce qu'elle a le même siége.

ARTICLE VIII.

CONVULSIONS IDIOPATHIQUES DE LA FACE.

Bien qu'on ne trouve dans la plupart des ouvrages modernes que des renseignements très vagues sur l'affection dont nous allons nous occuper, il est certain qu'elle a été reconnue dès une haute antiquité. Les recherches intéressantes de M. François (2) ne laissent aucun doute à cet égard. Il est fait mention de cette maladie dans le Traité d'Arétée (3), et M. François cite un passage de Rhazès où, selon lui, il est question de ces convulsions idiopathiques; mais il ne me paraît pas prouvé qu'il s'agisse d'autre chose dans ce passage que de la *paralysie du nerf facial*, à laquelle, ainsi que nous l'avons vu plus haut, Rhazès donne le nom de *tortura oris*. Plus tard Forestus (4) trace une courte description des convulsions de la face sous la même dénomination, et plus tard encore, Pujol en parle dans son *Essai sur le tic douloureux*. Mais tous ces travaux ne pouvaient pas avoir une grande portée avant la découverte de Ch. Bell. Ne connaissant pas, en effet, les fonctions spéciales de la septième paire de nerfs, les auteurs que je viens de citer se trouvaient embarrassés à chaque pas quand il s'agissait d'expliquer les symptômes et de distinguer les diverses maladies nerveuses de la face.

La découverte de Ch. Bell ne commença néanmoins à recevoir une application satisfaisante, dans les cas dont il s'agit, qu'à la publication du travail remarquable de M. Marshal-Hall sur les maladies du système nerveux (5). Cet auteur cite, en effet, trois observations intéressantes, dont M. François a fait son profit.

Enfin M. Romberg (6) a cité, dans son ouvrage sur les maladies des nerfs, quel-

(1) *Traité des maladies des enfants*, t. II, p. 263.
(2) *Essai sur les conv. idiop. de la face*. Bruxelles, 1843.
(3) *De caus. et nat. diut.*, lib. I.
(4) *Opera omnia*, lib. X.
(5) *On the dis. and derang. of the nerv. syst.* London, 1841.
(6) *Lehrbüch der Nervenkrank. des Menschen*, I Band. Berlin, 1843.

ques cas dont malheureusement il ne nous a pas fait connaître tous les détails.

C'est avec ces divers documents que je vais tracer une histoire rapide de la maladie.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de convulsions idiopathiques de la face à une affection caractérisée par des mouvements involontaires des muscles qui reçoivent l'influx nerveux de la septième paire de nerfs, mouvements qui font grimacer la face et ne s'accompagnent d'aucune douleur.

Cette affection n'est pas fréquente. On lui a donné plusieurs noms, parmi lesquels je citerai les suivants : *tortura faciei*, *oris distortio*, *spasme cynique*, *tic non douloureux*, *tic convulsif*, *rire sardonique.*

§ II. — Causes.

Il n'est pas rare que la maladie se manifeste *sans cause appréciable*. Chez un sujet pour lequel j'ai été consulté il y a deux ans, il était impossible de découvrir dans les antécédents rien qui eût un rapport évident avec la production de ces convulsions. Dans un fait observé avec soin par M. François, il en était de même.

Cette affection n'a, dans les cas bien authentiques, été encore observée que *chez des adultes.*

Des trois cas rapportés par M. Marshal-Hall, il en est deux dans lesquels les convulsions ont succédé promptement à l'action d'un *froid* vif sur la face, en sorte que cette circonstance rapproche, sous le point de vue de l'étiologie, les convulsions de la paralysie de la septième paire.

Chez quelques sujets il y avait eu des *rhumatismes musculaires* fréquents et étendus. Dans un cas cité par M. François, l'apparition d'un rhumatisme musculaire dans un grand nombre de muscles des autres parties du corps ne déplaça pas l'affection de la face.

Enfin, dans un cas recueilli par M. Marshal-Hall, *les convulsions succédèrent à la paralysie.*

Voilà tout ce que nous savons d'un peu positif sur ce point obscur d'étiologie.

§ III. — Symptômes.

La maladie, au point de vue de la symptomatologie, se présente sous deux formes distinctes qu'il importe de connaître. Dans les cas cités par M. François et dans celui que j'ai observé moi-même, les convulsions n'étaient pas continues : elles étaient *cloniques*, pour me servir de l'expression consacrée; dans ceux, au contraire, qui ont été rapportés par M. Marshal-Hall, il y avait des convulsions continues, des convulsions *toniques*. Je vais décrire ces deux formes.

1° *Convulsions intermittentes.* — *Début.* Dans les cas que nous connaissons, ces convulsions se sont développées lentement, c'est-à-dire que, pendant un temps plus ou moins long, les malades n'ont éprouvé que des convulsions légères, souvent peu étendues, dans l'orbiculaire des paupières et les muscles de la joue, puis peu à peu les convulsions sont devenues plus fréquentes, plus fortes, et ont occupé tout un côté de la face, et parfois même ont envahi les muscles du cou.

Symptômes des convulsions intermittentes. Les convulsions n'ont pas dans tous les instants la même intensité ; elles sont tantôt rapides et passagères, tantôt soute-

nues pendant dix, douze secondes et plus. Elles se reproduisent à des intervalles variables, mais ordinairement très courts, et ne laissent pas les malades tranquilles pendant plus d'une, deux ou trois minutes. Quelquefois cependant le repos peut être plus prolongé : c'est ainsi que le sujet que j'ai observé, et dont j'ai parlé plus haut, n'éprouvait pas de convulsions pendant dix minutes et même un quart d'heure lorsqu'il était fortement préoccupé par une cause quelconque ; puis il avait deux et trois fois par minute des convulsions plus ou moins violentes.

Dans le premier fait recueilli par M. François, on observait ce qui suit (je cite ce fait, parce qu'il peut être regardé comme un type) : Les convulsions occupaient toujours simultanément les muscles superficiels de la face, de sorte qu'on voyait et qu'on sentait très bien, par l'application de la main, se convulser à la fois le haut du front, le sourcil, l'orbiculaire des paupières, la racine et l'aile du nez, la partie moyenne de la joue, la commissure des lèvres, la houppe du menton, le muscle peaucier, ce qui donnait à la moitié de la face l'expression du *rire avec tiraillement plus ou moins considérable du nez et de la bouche* vers le côté malade. Ces mouvements convulsifs ne pouvaient être ni prévenus ni entièrement réprimés; cependant ils étaient ou paraissaient moins énergiques lorsque le malade ouvrait ou fermait la bouche avec un certain degré de force, car la *mastication s'exécutait parfaitement bien*, et le bol alimentaire était promené avec une égale facilité à droite et à gauche. La *parole* et la *préhension des aliments* étaient gênées, mais nullement empêchées pendant les contractions, dont les intervalles, le plus souvent très courts, se prolongeaient quelquefois pendant douze et quinze minutes, et alors la face était mue librement d'un côté comme de l'autre. Il y avait, du reste, *immobilité absolue* du muscle stylo-hyoïdien et du ventre postérieur du digastrique, ce qui, ainsi que le fait remarquer M. François, prouve que la maladie portait sur le nerf facial, non dans un point rapproché de son origine, mais à sa sortie du canal de Fallope, au point où il devient superficiel.

Cette description peut très bien s'appliquer au cas que j'ai observé, sauf que, même dans les moments du plus grand calme, l'*œil* du côté gauche (côté affecté) paraissait un peu plus petit que l'autre, par suite d'une faible contraction du muscle orbiculaire.

Je dois redire encore, car c'est un caractère important de la maladie, qu'*aucune douleur* ne se fait sentir dans la partie convulsée, et cette circonstance sépare profondément les convulsions idiopathiques de la face de ces convulsions souvent violentes qui accompagnent la névralgie trifaciale.

La sensibilité du côté affecté n'est nullement altérée.

Cette affection n'empêche pas toutes les fonctions de s'exécuter parfaitement; aussi les malades ne présentent aucun signe de dépérissement. Chez le sujet dont j'ai déjà parlé, il était arrivé plusieurs fois que les convulsions avaient *empêché momentanément le sommeil* ou avaient occasionné des réveils en sursaut. Mais en général le malade était parfaitement calme pendant son sommeil, ce qui lui avait été dit par plusieurs personnes qui l'avaient vu dormir. C'est un point sur lequel l'attention des observateurs n'a pas été suffisamment fixée.

2° *Convulsions continues.* C'est, comme je l'ai dit plus haut, dans les observations rapportées par M. Marshal-Hall qu'il faut chercher des exemples de cette forme de la maladie.

Début. Ces convulsions continues peuvent, si l'on s'en rapporte à un des faits cités par M. Marshal, parvenir beaucoup plus rapidement que les précédentes à leur plus haut degré d'intensité. Peu de temps (quelques heures) après avoir été soumis à l'action du froid, les muscles d'un côté de la face furent, dans un cas, atteints de contractions convulsives, et voici quel était, dans les trois cas, l'état du côté malade :

Angle de la *bouche dirigé en bas*, *sourcil élevé*, fossettes au-dessus du sourcil, fossette du menton très prononcée, *pointe du nez tirée vers le côté malade*.

Tous ces phénomènes deviennent beaucoup plus marqués lorsque le malade veut rire et lorsqu'il éternue.

La *mastication* se fait du côté non affecté ; *le bol alimentaire se ramasse de ce côté;* les sujets ne peuvent pas *siffler;* la *prononciation* de quelques lettres, et surtout des sifflantes, est un peu difficile.

Il y avait dans ces cas un peu d'engourdissement de la *sensibilité*, mais jamais perte complète.

Comme je l'ai dit en commençant, ces convulsions sont continues; cependant il n'est pas rare de voir, dans certains moments, un *mouvement spasmodique* rendre plus apparente encore la déformation de la physionomie.

Telle est la description de cette forme, qui, ainsi qu'on le voit, présente des différences symptomatiques notables avec la précédente, et dans laquelle une observation plus attentive pourra faire voir quelques nouvelles particularités.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

J'ai déjà dit un mot de la marche de la maladie ; il me suffit d'ajouter qu'après s'être produite avec une rapidité très variable, elle reste stationnaire, sans qu'on l'ait vue encore se terminer d'une manière favorable, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement quelconque.

§ V. — Lésions anatomiques.

L'*anatomie pathologique* de cette affection n'a été l'objet d'aucune étude suivie; cependant tout porte à croire que, dans la grande majorité des cas du moins, elle est de celles qu'on ne saurait rapporter qu'à un trouble nerveux dont nous ne pouvons pas, à l'aide de nos moyens d'investigation, trouver la cause organique.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Il est difficile de confondre cette maladie avec aucune autre affection. Ce défaut absolu de douleur suffit pour la faire distinguer des convulsions qui accompagnent la *névralgie trifaciale*. Une observation très superficielle pourrait seule faire prendre pour des convulsions de la face une *paralysie du nerf facial*, et faire croire que le côté sain est convulsé. Les signes donnés dans un des articles précédents (1) sont trop caractéristiques pour que j'insiste sur ce point.

On voit quelquefois des *tics* dus à l'habitude de simuler les convulsions dont il s'agit. On les distingue facilement parce que les sujets les suspendent par la force de la volonté.

(1) Voy. art. *Paral. du nerf facial.*

Enfin, chez quelques personnes hystériques, il y a des mouvements involontaires accompagnés de cris, de paroles étranges qui ressemblent à ces convulsions; mais j'en dirai un mot dans la description de l'hystérie.

Pronostic. Si l'on ne considère que le danger que peut avoir la maladie pour l'existence ou pour la constitution du malade, la gravité du pronostic est nulle; mais il n'en est pas de même quand on a égard à la persistance de cette incommodité, malgré tous les traitements qui paraissent le mieux appropriés. Sous ce point de vue, c'est une affection très fâcheuse.

§ VII. — Traitement.

Je n'ai malheureusement pas beaucoup à m'étendre sur le traitement des convulsions idiopathiques de la face. L'emploi de tous les moyens, sauf la ténotomie dans un cas dont je dirai un mot plus loin, ayant complétement échoué, ce n'est plus d'après l'expérience que nous pouvons nous guider, mais seulement d'après des idées théoriques dont on n'a obtenu aucun résultat satisfaisant. Une simple énumération est par conséquent suffisante.

On a employé les *émissions sanguines locales;* elles ont complétement échoué. On a recommandé les frictions avec la *pommade de belladone*, de *datura stramonium*, de *tabac*, faite par incorporation de l'extrait de ces substances à l'axonge : les convulsions ont résisté. La *morphine*, la *vératrine*, la *strychnine* par la méthode endermique, ont été mises en usage par M. François, mais elles n'ont pas eu d'action sur les convulsions. Pour l'emploi de la strychnine par la méthode endermique, qui est la plus dangereuse de ces applications, on doit agir comme je l'ai dit à l'occasion du traitement de la paralysie consécutive à une hémorrhagie cérébrale (1).

On a encore essayé l'application du *froid* (affusions, fomentations, etc.); mais les malades n'en ont retiré aucun soulagement. Les *vésicatoires* sur la partie malade, dont le succès dans la névralgie et même dans la paralysie faciale est incontestable, n'ont pas un résultat plus avantageux dans la maladie dont nous nous occupons.

M. Romberg conseille la *compression continue* au moyen d'un bandage auquel est adaptée une pelote qui presse sur les muscles. Je ne connais pas les faits que cet auteur a pu citer en faveur de cette médication, qui ne me paraît devoir être que palliative.

A l'intérieur on a prescrit les *toniques*, les *ferrugineux*, les *amers*, les *vermifuges;* mais comme on n'a pas mieux réussi à l'aide du traitement interne qu'à l'aide des moyens externes, je me borne à cette énumération. M. Romberg recommande le *borax;* mais a-t-il obtenu de bons effets en administrant cette substance dont il associe l'emploi à celui de la compression? C'est ce que je ne saurais dire.

Reste la *ténotomie*. Nous ne connaissons qu'un seul cas bien évident dans lequel cette opération ait été employée; c'est celui qui est rapporté par M. Romberg, et dans lequel l'opération a été pratiquée par Dieffenbach. Ce chirurgien fit la section sous-cutanée de tous les muscles de la face au moyen de quatre incisions successives que je ne dois pas décrire ici, et quinze mois après, le sujet qui avait

(1) Voy. cette maladie.

présenté des convulsions violentes n'éprouvait plus qu'un frémissement musculaire peu gênant.

Dans le cas pour lequel j'ai été consulté, j'ai conseillé la strychnine et l'électricité; mais je n'ai pas su quel résultat a eu ce traitement.

ARTICLE IX.

ÉCLAMPSIE.

On n'est pas, à beaucoup près, d'accord sur la nature de l'affection dont il va être question dans cet article; mais presque tous les médecins s'accordent à admettre l'existence de convulsions idiopathiques essentielles qui se manifestent chez les enfants, ou chez les femmes pendant la grossesse et le travail de l'enfantement, et quoique quelques auteurs aient voulu ne voir dans ces convulsions, du moins chez les enfants, que des attaques épileptiques, il convient, la question étant indécise, de décrire à part cette espèce de névrose.

Je ne dirai que quelques mots de l'éclampsie des femmes enceintes, parce que c'est dans les traités d'accouchement qu'on doit chercher les détails de cet accident souvent si grave; mais je m'étendrai sur l'éclampsie des enfants, qui a pour nous un intérêt réel.

1° ÉCLAMPSIE DES ENFANTS.

Il serait impossible de faire un historique exact de cette maladie, parce que, jusqu'à ces derniers temps, on a confondu sous le nom de convulsions un nombre assez considérable de maladies diverses. On en trouve la preuve dans les opinions émises par plusieurs auteurs qui, avec Sauvages et Cullen, ne séparent pas l'éclampsie de l'épilepsie.

M. Brachet (1) est un des auteurs qui ont les premiers cherché à établir, à l'aide de faits d'une valeur réelle, une différence marquée entre les diverses convulsions auxquelles les enfants sont sujets; mais les signes qu'il a indiqués sont fugitifs, et souvent il est difficile de les reconnaître.

La définition présentée par M. Dugès (2) prouve suffisamment que cet auteur range sous la dénomination d'éclampsie plusieurs affections différentes.

Quant à Guersant et à M. Blache, sans approfondir la question, ils se contentent d'établir une distinction entre l'éclampsie et l'épilepsie légère, avec laquelle on l'a, suivant eux, confondue, et ils passent à la description des convulsions sympathiques ou essentielles, les seules qui, à leur avis, méritent le nom d'éclampsie.

Pour moi, je renvoie à l'article *Diagnostic* la discussion de cette question difficile, et je vais, à l'exemple de Guersant et de MM. Blache, Rilliet et Barthez, Duclos (3), Ozanam (4) et autres, traiter de l'éclampsie comme d'une maladie parti-

(1) *Traité prat. des conv. chez les enfants*. Paris, 1837, in-8.

(2) *De l'éclampsie des jeunes enfants, comparée avec l'apoplexie et le tétanos* (*Mém. de l'Acad. roy. de méd.* Paris, 1833, t. III, p. 303).

(3) Thèse, Paris, 1846.

(4) *Rech. clin. sur l'éclampsie des enfants* (*Arch. gén. de méd.*, mars, mai et juin 1850).

culière, parce qu'elle présente des particularités importantes qu'on ne saurait trouver dans aucune autre.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom d'*éclampsie* à des convulsions idiopathiques, essentielles ou symptomatiques qui surviennent chez les enfants, et dont les caractères ne sont pas exactement ceux de l'épilepsie. Celles qui ne sont autre chose qu'un symptôme d'une affection plus ou moins grave, conservent le nom générique de convulsions. Cette définition est peu précise, ce qui tient évidemment à l'incertitude où l'on est encore sur les caractères essentiels de cette affection.

Cette maladie se trouve décrite dans les auteurs en même temps que d'autres affections convulsives diverses, soit sous ce nom général de *convulsions*, soit sous ceux de *epilepsia puerilis*, *insultus epilepticus*, *mouvements convulsifs*, *spasme de la glotte*, *asthme thymique*. L'éclampsie des enfants n'est pas une maladie rare, surtout si l'on tient compte, comme on doit le faire, des convulsions sympathiques ; on sait, en effet, qu'elles se montrent assez fréquemment dans la dentition difficile.

§ II. — Causes.

Les causes ont été étudiées avec soin par MM. Rilliet et Barthez, qui ont rassemblé, dans ce but, vingt-cinq cas de convulsions primitives ou sympathiques.

1° Causes prédisposantes.

Age. Ces auteurs ont trouvé que l'éclampsie proprement dite se développe un peu plus tôt, en général, que les convulsions symptomatiques. On les voit ordinairement apparaître avant l'âge de sept ans. Billiard en a observé des exemples chez des nouveau-nés ; je les ai notées chez des enfants qui n'avaient que quelques heures d'existence, et les autres auteurs en ont vu des cas chez des sujets âgés d'un à deux ans. On sait que les convulsions surviennent principalement à l'époque de la *première dentition*, mais nous avons parlé ailleurs de ces convulsions symptomatiques.

Sexe. La plupart des auteurs s'accordent à dire que les garçons sont plus sujets à l'éclampsie que les filles. Les faits recueillis par MM. Rilliet et Barthez ne sont pas d'accord avec cette opinion ; mais le nombre de ces faits n'est pas assez considérable pour qu'on doive regarder le résultat comme définitif.

Constitution ; tempérament. C'est encore à MM. Rilliet et Barthez qu'il faut demander des renseignements sur ce point, parce qu'ils ont examiné attentivement les faits : « Dans les cas, disent-ils, de convulsions sympathiques qui ont passé sous nos yeux, le tempérament de nos jeunes malades ne nous a rien offert de bien caractéristique. La plupart étaient blonds, à chairs un peu flasques, en général peu forts ; ils ne nous ont pas paru plus irritables ou plus excitables que les autres enfants de leur âge. Nous n'avons pas remarqué non plus que le volume de leur tête fût exagéré. »

Nous n'avons pas de renseignements suffisants pour nous apprendre d'une manière positive s'il est des *saisons* dans lesquelles les convulsions soient plus fré-

quentes que dans les autres. Il faut faire la même remarque relativement aux *climats*. C'est une étude à entreprendre avec de nouveaux faits.

Hérédité. C'est une opinion généralement répandue que l'éclampsie se manifeste principalement chez les enfants dont les parents sont affectés de maladies convulsives ; mais on n'a pas étudié rigoureusement les faits sous ce rapport. Cependant MM. Rilliet et Barthez ont cité quelques cas dans lesquels les enfants avaient des parents épileptiques ou avaient eu des frères et des sœurs morts de convulsions ; mais ce ne sont là que des renseignements incomplets.

Les mêmes auteurs se sont livrés à des recherches intéressantes, desquelles il résulte que plusieurs sujets avaient des convulsions pour la deuxième ou troisième fois. Si les faits de ce genre se multipliaient, ils fourniraient aux médecins une donnée importante pour les soins dont les enfants affectés une première fois d'éclampsie doivent être l'objet par la suite.

2° Causes occasionnelles.

Il semble, au premier abord, que nous devons être mieux fixés sur les causes occasionnelles ; on va voir cependant qu'il reste encore beaucoup d'incertitude sur ce point.

« Au nombre des causes occasionnelles, disent MM. Rilliet et Barthez, nous devons mettre en première ligne les *émotions morales*. Ainsi une jeune fille âgée de cinq ans est corrigée devant ses compagnes ; elles est si outrée, que sa colère se change bientôt en une crise de convulsions (1). La *peur*, une *douleur violente*, une *température trop élevée*, l'*exposition à un soleil ardent*, la tête découverte, l'*impression subite du froid*, ont suffi quelquefois pour produire des convulsions..... Disons en terminant qu'il paraît bien prouvé que, dans certains cas, les convulsions ne connaissent pas d'autre cause que l'*imitation*. »

J'ajouterai que l'application intempestive des *irritants cutanés* (sinapismes, vésicatoires) peut produire des convulsions. J'en ai vu pour ma part des exemples remarquables dans des cas de maladies fébriles, même légères : c'est ainsi que j'ai vu cet accident se manifester chez un enfant de quatre ans et demi, à qui l'on avait appliqué des sinapismes aux mollets, pour un peu de somnolence produite par un coryza fébrile. Des calmants à l'intérieur et des cataplasmes émollients sur le point irrité par les sinapismes réduisirent, en douze heures, cette affection, qui paraissait si grave, à une simple indisposition.

« Une *douleur aiguë*, le *chatouillement*, ont été, disent Guersant et M. Blache, considérés comme causes occasionnelles de ce genre d'affection. Il en est de même quelquefois d'une *température très élevée*... Nous avons vu fréquemment des enfants en proie à des convulsions, pour être restés dans une chambre fortement chauffée, dans une salle de spectacle ou dans une église où se trouvaient réunies un grand nombre de personnes. L'*état électrique de l'atmosphère*, à l'approche d'un orage, a suffi souvent, dit M. Andral, pour produire un accès convulsif... Des *émotions morales* vives, éprouvées par les nourrices, ont plusieurs fois, en altérant leur lait, donné lieu aussi à des convulsions. »

Ces auteurs citent encore l'*ingestion de substances indigestes* (indigestion complète ou incomplète) et la présence des *vers intestinaux*.

(1) Brachet, *loc. cit.*, p. 124.

L'existence des causes précédentes ne peut être niée, mais il serait important de connaître dans quelle proportion chacune d'elles produit la maladie. C'est un travail qui ne pourra être exécuté qu'à l'aide d'un grand nombre de faits bien détaillés

Un mot seulement sur les convulsions par imitation. Dans l'article consacré à l'*hystérie*, nous verrons M. Landouzy constater que, dans un certain nombre de cas où l'on a cru à la production de la maladie par imitation, on peut très bien admettre qu'il n'y a autre chose qu'une forte émotion morale causée par les convulsions effrayantes dont les sujets sont témoins; n'en serait-il pas de même dans quelques uns des cas dont nous parlons ?

Les causes qui viennent d'être énumérées sont particulièrement attribuées à l'éclampsie essentielle; mais les auteurs font remarquer, après les avoir énumérées, combien il est nécessaire qu'il y ait une grande prédisposition pour qu'elles agissent. C'est dire qu'elles n'ont pas toute la puissance qu'on pourrait leur supposer au premier abord.

Maintenant dois-je parler des causes occasionnelles des convulsions sympathiques ? Il faudrait, comme le disent MM. Rilliet et Barthez, parcourir presque tout le cadre nosologique. N'oublions pas d'ailleurs que ces convulsions nous intéressent beaucoup moins en ce moment que les précédentes, car leur place principale se trouve dans la description des maladies dans le cours desquelles elles se produisent. Disons seulement que les *maladies fébriles*, et en particulier les *fièvres exanthémateuses*, un *simple accès de fièvre*, l'*indigestion*, les *vers intestinaux*, l'*albuminurie*, etc., peuvent donner lieu à l'éclampsie chez les enfants prédisposés. Il en est de même des *hémorrhagies abondantes*, et surtout de la *dentition difficile*, dont j'ai plusieurs fois parlé.

Quant aux *conditions organiques* dans lesquelles, suivant quelques auteurs, se développe la maladie, j'en dirai un mot en parlant des *lésions anatomiques* qu'on a trouvées ou qu'on a cru trouver.

§ III. — Symptômes.

Comme MM. Rilliet et Barthez, c'est à M. Brachet que nous emprunterons la description des *prodromes* attribués à l'éclampsie, parce que cet auteur en a donné l'énumération la plus complète. « L'enfant, dit M. Brachet, n'est pas encore malade, et déjà on le voit menacé; son œil est plus vif et presque hagard; son caractère devient plus impatient, plus colère, plus hargneux; il cherche querelle à ses camarades; tout le contrarie et le dépite; son sommeil, beaucoup moins long et plus léger, est interrompu par des rêves effrayants qui le réveillent en sursaut, donnent à sa figure l'expression de la terreur et lui font pousser des cris d'effroi. Quelquefois l'insomnie est complète; l'enfant dort à peine une heure dans les vingt-quatre heures; d'autres fois il y a somnolence pendant le jour et insomnie pendant la nuit.

» Ces symptômes font des progrès : les yeux sont habituellement ouverts et fixes, ou bien ils ne se ferment qu'à moitié, et alors la prunelle se cache en haut et la sclérotique paraît seule dans l'écartement des paupières; le globe de l'œil agité semble rouler sur lui-même; le visage change de couleur et se décompose d'un instant à l'autre; la respiration devient inégale et même suspirieuse. Parfois

l'enfant pousse des cris plaintifs, tantôt interrompus, tantôt continuels ; il tressaille fréquemment sans cause connue ou pour la cause la plus légère. Ces tressaillements sont plus fréquents et plus manifestes pendant le sommeil, et ils éveillent souvent l'enfant. Il y a des grincements de dents; les bras commencent à se roidir, exécutent quelques mouvements brusques et involontaires ; les doigts s'écartent les uns des autres ; les pouces seuls se portent en dedans ; les mains se dirigent machinalement vers les narines et y produisent un frottement singulier. La contraction des angles des lèvres donne lieu au rire sardonique et au rire cynique. »

On aurait tort de croire que l'ensemble des prodromes qui viennent d'être énumérés se trouve dans tous les cas d'éclampsie observés chez des enfants. M. Brachet a fait pour cette maladie ce que l'on a fait pour tant d'autres ; il a réuni en un tableau tous les phénomènes précurseurs dont on peut observer un plus ou moins grand nombre dans les divers cas. Il est même quelques uns de ces phénomènes qui ne se montrent pas toujours, à beaucoup près, de la manière qui vient d'être indiquée. C'est ainsi que la plupart des observateurs ont remarqué qu'en même temps que le pouce est collé contre la paume de la main, les autres doigts sont fléchis sur lui, et qu'assez fréquemment une somnolence marquée est le symptôme précurseur le plus frappant. Enfin, il n'est pas rare de voir survenir une attaque d'éclampsie sans qu'aucun phénomène un peu notable ait pu la faire prévoir. En pareil cas, l'état de l'enfant passe brusquement d'un calme souvent profond aux convulsions plus ou moins violentes qui caractérisent cette attaque.

Les seuls phénomènes précurseurs, qui soient regardés comme importants par M. Ch. Ozanam, sont la fréquence du pouls survenue subitement, le ballonnement du ventre et la chaleur de la peau.

Attaque d'éclampsie. Les descriptions nombreuses données par les auteurs qui se sont occupés de cette maladie ont la plus grande ressemblance entre elles, parce que les phénomènes sont tellement tranchés, qu'ils ont dû frapper tous les observateurs. Il y a cependant aussi des nuances qui ne sont pas sans intérêt et qui tiennent à la variabilité des symptômes suivant les cas. Je peux donc prendre presque au hasard une des descriptions présentées dans ces dernières années, et la reproduire, sauf à indiquer ensuite quelques particularités intéressantes et à faire ressortir les symptômes principaux de l'attaque. Le tableau suivant, tracé par MM. Rilliet et Barthez d'après les faits qu'ils ont observés, peut, à tous les titres, trouver place ici.

Éclampsie générale. « Lorsque, disent ces auteurs, l'enfant est pris de convulsions, le *regard*, qui était naturel, devient fixe ; l'*œil* exprime la terreur ; puis, rapidement, le globe oculaire devient agité de mouvements saccadés qui le dirigent en haut sous la paupière supérieure, beaucoup plus rarement en bas. Il redevient ensuite momentanément fixe, pour être bientôt entraîné, par des mouvements désordonnés, tantôt à droite, tantôt à gauche : le strabisme est alors des plus prononcés. Les *pupilles* sont tantôt dilatées, tantôt contractées; et lorsque l'iris est entièrement voilé par la paupière supérieure, on n'aperçoit plus que le blanc de l'œil, et la face revêt un aspect caractéristique et effrayant.

« En même temps les *muscles du visage* entrent en contraction, la face est grimaçante ; les commissures, tirées en dehors pas mouvements saccadés, produisent à chaque secousse un bruit particulier, résultat du passage de l'air dans l'espèce

d'entonnoir que forme le coin de la bouche. Souvent des *mucosités mousseuses ou légèrement sanguinolentes* couvrent les lèvres d'une écume blanche ou rosée La *lèvre supérieure*, tiraillée en haut, donne quelquefois à la bouche l'aspect de celle de certains rongeurs. La *mâchoire inférieure* est agitée du même mouvement; d'autres fois il y a *trismus*, interrompu de temps à autre par des *grincements de dents.*

» La *tête* est d'habitude fortement portée en arrière; plus rarement elle se meut latéralement ou en rotation.

» Les *doigts* sont fléchis sur la paume de la main avec roideur; les *avant-bras*, ramenés sur les bras, sont incessamment agités par des mouvements saccadés de demi-flexion et de demi-extension; d'autres fois l'articulation du *poignet* passe d'un instant à l'autre de la pronation à la supination. On voit aussi les membres supérieurs tortillés en divers sens d'une manière bizarre et inattendue.

» On observe les mêmes symptômes aux *extrémités inférieures;* mais ils sont en général moins prononcés.

» Les *muscles du tronc* participent rarement aux contractions cloniques; mais d'ordinaire le *torse est roide.* Lorsque les mouvements d'un côté du corps prédominent en intensité sur ceux du côté opposé, l'enfant est porté sur le bord de son lit, de façon que l'on est ordinairement obligé de l'y retenir pour éviter une chute.

» La *contraction spasmodique du larynx* produit quelquefois un bruit tout spécial, lorsque l'air s'engouffre dans la poitrine à chaque inspiration.

» Lorsque les convulsions sont très violentes, les *urines et les matières fécales sont rendues involontairement;* mais ce symptôme est peu fréquent. La *déglutition* est bien rarement impossible; nous l'avons vue se faire chez des enfants atteints d'une crise d'une violence extrême.

» L'*intelligence est presque toujours abolie* et la *sensibilité nulle;* les autres sens sont souvent encore impressionnables. Ainsi nous avons vu des enfants témoigner du déplaisir lorsqu'on leur faisait sentir de l'ammoniaque ou d'autres odeurs un peu fortes.

» Les symptômes que nous venons de décrire ne sont pas les seuls que nous ayons à signaler. Lorsque la convulsion est intense et qu'elle se prolonge, la *face* est violette, vultueuse, *couverte de sueur;* la *chaleur de la tête est brûlante*, tandis que les *extrémités sont froides.* La *peau* est moite; le *pouls* très accéléré et très petit, difficile à compter, souvent effacé par les contractions musculaires et les soubresauts des tendons. La *respiration* est très accélérée, bruyante, stertoreuse seulement dans les cas d'une haute gravité. »

Éclampsie partielle. « Lorsque la convulsion est partielle, ajoutent MM. Rilliet et Barthez, les mouvements sont bornés soit à une moitié du corps, soit à un seul membre, soit à une partie d'un membre, soit même à un seul muscle. Nous avons vu les *globes oculaires seuls* agités de mouvements convulsifs; d'autres fois les *extrémités supérieures.*

» De toutes les convulsions partielles, les plus fréquentes sont celles dans lesquelles on voit les mouvements convulsifs agiter en même temps *un ou plusieurs des muscles de la face et les extrémités supérieures.* Nous n'avons pas vu les extrémités inférieures entrer en convulsions indépendamment d'autres parties du corps.

» Les phénomènes secondaires que nous avons signalés, tels que l'accélération du pouls et de la respiration, la congestion violacée de la face, l'écume à la bouche, n'existent pas dans les cas où les convulsions sont partielles, peu intenses; tout au moins ils sont beaucoup moins tranchés. L'intelligence et la sensibilité peuvent être en partie conservées. »

On voit par cette description que les symptômes qu'on observe du côté des voies respiratoires méritent de fixer l'attention du médecin, et on le reconnaîtra bien plus encore lorsqu'on se rappellera que les principaux observateurs ont signalé l'*asphyxie* comme une conséquence assez fréquente de l'éclampsie. A ce sujet, je ne peux m'empêcher de rappeler ce que je disais dans la première édition de cet ouvrage à propos de cette maladie à laquelle on a donné les noms d'*asthme thymique*, *asthme de Kopp*, *spasme de la glotte* (1). Une étude attentive des faits me fit penser alors (1842) que cette prétendue espèce d'asthme n'était autre chose qu'une attaque d'éclampsie avec suffocation. D'une part, en effet, je voyais que dans les cas présentés par les auteurs allemands et anglais comme des exemples d'asthme thymique ou de spasme de la glotte, il y avait des convulsions plus ou moins étendues des membres et même du tronc, et, de l'autre, je remarquais que dans l'éclampsie la respiration est, comme on vient de le voir, fréquemment gênée, il y a souvent de la suffocation, et parfois une asphyxie complète. Or les recherches faites ultérieurement en France ont prouvé que cette manière de voir est complétement fondée. M. Trousseau, en 1845 (2), a cité des faits qui démontrent que l'asthme de Kopp est un accident de l'éclampsie, et M. Hérard (3), tout en conservant à la maladie le nom de spasme de la glotte, a mis hors de doute ce fait, que les accidents qui constituent ce spasme appartiennent à la maladie dont nous nous occupons ici.

Cependant M. C. Ozanam (4), dont j'ai déjà cité les importantes recherches, ne partage pas cette opinion. Il se fonde d'abord sur ce que les convulsions qui accompagnent le spasme de la glotte sont quelquefois compliquées de contracture des extrémités. Mais je crois que ces contractions n'ont pas l'importance qu'il leur donne, car elles me paraissent avoir été exagérées dans la description qu'en ont présentée les auteurs allemands. En second lieu, il donne comme signes différentiels précisément les symptômes du spasme de la glotte : suffocation, sifflement du larynx, etc.; mais c'est poser en fait ce qui est en question. Nous disons en effet : Si la convulsion éclamptique envahit le larynx, il y a spasme de la glotte. Il faudrait prouver que la convulsion n'est pas éclamptique. N'oublions pas, d'ailleurs, que dans des cas d'éclampsie non douteuse, MM. Rilliet et Barthez ont noté des phénomènes analogues du côté de la respiration. Je crois donc qu'on peut persister dans l'interprétation des faits telle que je l'ai donnée.

Voici, d'après cela, comment on peut établir les diverses divisions de l'éclampsie: Dans un certain nombre de cas, les convulsions générales prédominent et le trouble de la respiration n'est pas porté jusqu'à une suffocation complète : c'est l'*éclampsie générale proprement dite*. Dans d'autres, un ou plusieurs membres sont seuls atteints de convulsions : c'est l'*éclampsie partielle proprement dite*. Dans quelques

(1) Voy. t. I, art. *Asthme thymique*.
(2) *De l'asthme thymique en rapport avec les conv.* (*Journ. de méd.*).
(3) *Du spasme de la glotte*, thèse. Paris, janvier 1847.
(4) *Loc. cit.*, p. 175.

uns, aux convulsions des membres et du tronc se joint une suffocation qui peut aller jusqu'à l'asphyxie : c'est la forme de l'asthme de Kopp ou du spasme de la glotte qui est la plus ordinaire, c'est l'*éclampsie avec suffocation*, comme j'ai proposé de l'appeler. Dans certains cas, la convulsion n'occupe que le larynx et l'isthme du gosier, c'est une *forme d'éclampsie partielle*, forme rare qu'on a particulièrement envisagée quand on a décrit l'*asthme thymique* et le *spasme de la glotte ;* c'est la première forme admise par M. Hérard. En pareil cas, les convulsions restent bornées à la partie supérieure des voies respiratoires, comme dans d'autres elles sont bornées aux extrémités ou à un seul membre ; et si l'on n'a pas le droit de faire une maladie particulière de ces derniers cas, pourquoi aurait-on celui de séparer le spasme de la glotte de l'éclampsie, à laquelle il appartient évidemment ? Enfin, d'autres fois c'est la convulsion du diaphragme qui cause la suffocation, et c'est la seconde forme reconnue par M. Hérard.

En classant ainsi les faits, tout devient facile à comprendre, et ces maladies particulières, bizarres, qu'on observe dans un pays et non dans l'autre, rentrent parfaitement dans les faits connus.

Lorsque la suffocation est poussée jusqu'à l'asphyxie, on reconnaît facilement la contraction spasmodique du larynx ; les mouvements respiratoires deviennent irréguliers, il y a de l'écume à la bouche, puis les inspirations s'accélèrent, deviennent entrecoupées, incomplètes ; la face est livide, la peau du reste du corps est violacée, le pouls est petit et fréquent ; les extrémités se refroidissent, et si cet état persiste, le malade succombe. Tous ces phénomènes ne doivent-ils pas être considérés comme le résultat du spasme de la glotte, des muscles inspirateurs et du diaphragme ?

Les autres symptômes signalés par les auteurs sont purement accidentels. M. Brachet, qui les a étudiés particulièrement, mentionne des douleurs souvent aiguës qui résulteraient, selon lui, du tiraillement des filets nerveux ; des ecchymoses qui peuvent être produites par les contusions que se fait le malade pendant les convulsions, ou par l'extravasation du sang dans le tissu cellulaire sous-cutané, conséquence de la stase de ce liquide, lorsque la respiration est très embarrassée ; la rupture des tendons, la courbure anormale des os, les fractures, les luxations qui résultent de la contraction exagérée des muscles convulsés. Il faut y joindre les diverses paralysies, les atrophies musculaires, les arrêts de développement qui résultent des lésions du cerveau ou des méninges, produites par les hémorrhagies, et que M. C. Ozanam a particulièrement signalées, comme conséquences importantes de la maladie.

Je ne crois pas devoir insister sur ces derniers symptômes, car il vaut mieux s'étendre avec quelques détails sur la marche de la maladie, très utile à connaître.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Pour bien comprendre la marche de l'éclampsie, il faut examiner à part la maladie en général, et les attaques ou accès de convulsion en particulier. C'est une question de savoir si l'on peut regarder comme une éclampsie des attaques multipliées qui surviennent à des époques plus ou moins rapprochées. MM. Rilliet et Barthez pensent avec Baumes (1) que, lorsqu'il y a plusieurs attaques à certains intervalles, il s'agit d'une épilepsie : « Nous ne voyons, en effet, disent ces auteurs,

(1) *Traité des convulsions dans l'enfance*. Paris, 1805, p. 432.

d'autre dissemblance entre l'épilepsie et les convulsions violentes, que le retour des accès; car, lorsque l'éclampsie est intense, les symptômes de l'attaque, pris un à un, ou envisagés dans leur ensemble sont identiques à ceux de l'accès épileptique. » Si cette manière de résoudre la question était parfaitement juste, on ne voit pas pourquoi on séparerait de l'épilepsie l'attaque d'éclampsie, même lorsqu'elle est unique. J'examinerai ce point en parlant du diagnostic. Quant à présent, je crois que, sans entrer dans cette discussion, on peut, en se rappelant seulement certains faits, dire que ce jugement de MM. Barthez et Rilliet est un peu trop absolu. Sans doute, il est ordinaire de voir l'éclampsie se produire une seule fois; mais les faits ne manquent pas dans lesquels le même enfant, à des époques plus ou moins éloignées, a été pris de convulsions essentielles, deux, trois, et même quatre fois, pour n'en plus présenter ensuite, ce qui porte à croire qu'il ne s'agissait pas d'une épilepsie véritable.

Quoi qu'il en soit, on ne peut douter que, dans les cas les plus fréquents, il n'y ait qu'une seule attaque d'éclampsie. Dans ceux où il y en a plusieurs, les intervalles sont ordinairement si grands, on voit les convulsions se déclarer sous des influences si diverses, qu'on ne peut pas regarder ces attaques comme faisant partie de la même affection, mais seulement comme étant des atteintes répétées du même mal, pas plus qu'on ne regarde, comme ayant eu une seule maladie, un sujet qui a été plusieurs fois en proie à une angine. C'est donc uniquement de la *marche des attaques* que nous devons nous occuper.

Il est rare qu'une attaque se compose d'un seul accès. Lorsqu'il en est ainsi, on voit l'enfant contracter, contourner ses membres, se roidir, tourner ses yeux dans leur orbite, puis souvent revenir à son état primitif au bout de très peu de temps. Quelquefois néanmoins, dans ces attaques si courtes, on observe le trouble de la respiration signalé plus haut. Presque toujours, au contraire, il y a plusieurs accès qui forment une attaque. Les convulsions se manifestent, puis l'enfant rentre dans le repos. Une contrariété, la douleur, l'action de boire, provoquent souvent ces accès qui se produisent plus souvent encore sans cause connue. Ces accès peuvent avoir lieu plusieurs fois en un quart d'heure, et quelquefois rester plus d'une heure sans se montrer. Ils sont, dans quelques cas, très multipliés. MM. Rilliet et Barthez ont remarqué qu'ils sont ordinairement fréquents au début, et vont ensuite en diminuant à la fois de durée et de fréquence. Dans les intervalles, les enfants sont plus ou moins bien, suivant la cause à laquelle on peut attribuer les convulsions. Il est des cas où l'on a vu les convulsions plus ou moins violentes se prolonger pendant des heures entières, toutefois avec des rémissions, car autrement les enfants ne tarderaient pas à succomber, surtout lorsque la respiration est très embarrassée pendant les convulsions.

« La *durée* d'une attaque d'éclampsie, disent MM. Rilliet et Barthez, est extrêmement variable; il est impossible de rien dire de général à cet égard. Ainsi nous l'avons vue se prolonger de cinq minutes à douze heures. Les auteurs affirment que certaines attaques peuvent persister pendant plusieurs jours. »

La *terminaison* de l'éclampsie a lieu par la guérison plus fréquemment qu'on ne le croit, lorsque l'affection est idiopathique. La grande terreur qu'inspirent les convulsions en général vient de ce qu'on n'a ordinairement pas distingué les cas. Il est certain que les convulsions symptomatiques d'une affection cérébrale sont des

plus graves ; nous l'avons vu dans les articles précédents. Celles qui sont sympathiques ont, toutes choses égales d'ailleurs, une terminaison moins fréquemment fatale; et enfin les convulsions dont il est principalement question dans cet article, sont celles qui se terminent le moins fréquemment par la mort. Lorsque la convulsion idiopathique est partielle, la terminaison est ordinairement heureuse, à moins qu'il ne s'agisse du spasme de la glotte, dans lequel la maladie se termine par asphyxie.

§ V. — Lésions anatomiques.

Puisque nous avons admis que l'éclampsie, dans les cas dont nous nous occupons, est essentielle, il est évident que nous ne devons pas tenir compte des *lésions anatomiques*, le plus souvent très légères, et toujours très variables, que quelques auteurs lui ont attribuées. Ordinairement elles sont le résultat de la convulsion (injection des méninges, du cerveau, etc., résultant de la stase du sang dans l'asphyxie: ecchymose, etc., etc.); et lorsqu'on ne peut pas les regarder comme telles, elles ont produit l'éclampsie sympathiquement. Or vouloir indiquer les lésions qui sont dans ce cas, ce serait, comme je l'ai dit en parlant des causes, vouloir passer en revue presque toute la pathologie.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Tous les médecins sont d'accord pour reconnaître que l'éclampsie se distingue avec la plus grande facilité de toutes les autres affections, sauf l'épilepsie. Mais lorsqu'il s'agit de cette dernière affection, tout le monde aussi avoue que la distinction est des plus difficiles. C'est ce qui a engagé quelques auteurs à regarder l'éclampsie comme une véritable épilepsie.

Il y a, sans aucun doute, des cas dans lesquels les symptômes se rapprochent au point qu'une confusion entre les deux maladies dont il s'agit est presque inévitable ; mais je crois qu'on s'est beaucoup exagéré le nombre de ces cas. Presque toujours, il faut le reconnaître, l'éclampsie a des caractères différents de l'épilepsie ; cela est si vrai, que les médecins qui ont l'habitude d'observer les maladies des enfants ne s'y trompent pas, et n'ont pas besoin, pour repousser l'existence d'une épilepsie, qu'il se soit écoulé un long temps pendant lequel l'attaque ne s'est pas reproduite. Dans l'épilepsie les prodromes sont plus fréquents, il y a souvent une *aura*, le début est plus subit. Dans l'éclampsie, les convulsions consistent particulièrement dans une violente torsion des membres, tandis que dans l'épilepsie ce sont des secousses rapides ; l'attaque, dans cette dernière affection, a, si l'on peut s'exprimer ainsi, une marche continue, c'est-à-dire que, excepté dans des cas exceptionnels dont je parlerai plus tard, qui ont eux-mêmes une physionomie propre, on voit l'épileptique tomber, présenter des convulsions, puis revenir à lui plus ou moins promptement et plus ou moins complétement, et que, comme dans les cas graves d'éclampsie, on ne voit pas une convulsion, puis un intervalle de calme, puis une convulsion, et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'attaque se termine. Je dis dans les cas graves d'éclampsie, car il est évident que ceux qui ne présentent pour tout symptôme que des convulsions bornées à un membre ou un peu de strabisme, ceux qui appartiennent à l'éclampsie partielle, en un mot, ne peuvent pas être confondus avec l'épilepsie. Dans l'épilepsie la bouche est écumeuse, la face est violacée, la respiration d'abord suspendue, puis sterto-

reuse ; le pouls lent, la sensibilité et la connaissance abolies. Dans l'éclampsie, il y a bien rarement de l'écume à la bouche, la face est pâle ou seulement congestionnée, la respiration est rapide, parfois sifflante, ordinairement sanglotante ; le pouls est rapide, la sensibilité et la connaissance ne sont perdues que dans les attaques très violentes, encore ne le sont-elles qu'un certain temps après le début de l'attaque, tandis que dans l'épilepsie c'est immédiatement qu'elles sont abolies. C'est là un signe différentiel très important.

Reste maintenant à savoir si l'éclampsie est essentielle, sympathique ou symptomatique. Mais on ne peut entrer à cet égard dans de bien grands détails. L'étude des antécédents, l'âge du malade, les symptômes qu'il présente du côté des organes nerveux ou autres, feront reconnaître au médecin non seulement si la maladie est sympathique ou symptomatique, mais encore de quelle affection elle est sympathique ou symptomatique. Les éléments de ce jugement doivent être cherchés dans divers articles qui précèdent ; et dans ceux qui suivront, j'aurai soin, lorsqu'il s'agira d'affections de l'enfance, de ne pas négliger cette question importante. Les convulsions qui se manifestent si souvent dans les maladies cérébrales ont été étudiées avec soin dans les chapitres précédents.

Il est souvent plus difficile de dire si l'éclampsie est réellement essentielle ; on peut, en effet, croire à l'existence d'une affection des centres nerveux ou d'une maladie occupant un organe éloigné dont les symptômes ne seraient pas évidents. L'état de santé dans lequel était l'enfant au moment de l'invasion, et l'examen de tous les appareils et de toutes les fonctions, serviront au médecin à établir un diagnostic précis.

Pronostic. Le pronostic est très différent, suivant que l'éclampsie est essentielle, sympathique ou symptomatique. Dans les articles où j'ai eu à m'occuper de cette dernière, j'ai dit combien elle est grave. Il en est de même de l'éclampsie qui survient dans une autre affection. Quant à l'éclampsie essentielle, elle est, toutes choses égales d'ailleurs, la moins grave de toutes. Est-elle partielle ? on a tout lieu de croire qu'elle n'aura aucune suite fâcheuse ; il faut néanmoins, on le pense bien, faire une exception pour l'éclampsie caractérisée principalement par le spasme de la glotte, ce spasme entraînant souvent une asphyxie mortelle. Si elle est générale, elle est plus grave, et le pronostic doit s'établir sur l'intensité des symptômes.

§ VII. — Traitement.

On a proposé contre l'éclampsie des traitements nombreux ; mais malheureusement la plupart des auteurs n'ont pas fourni à l'appui de leurs assertions des faits bien concluants et en nombre suffisant, et, de plus, presque tous ont confondu dans une même description le traitement des diverses espèces d'éclampsie que nous avons admises, quoique rien ne pût être plus intéressant que de savoir ce qui convient à chacune d'elles. Force nous est donc de passer en revue ces diverses médications, sans suivre un ordre bien déterminé, et de chercher dans chacune d'elles ce qui convient particulièrement aux espèces dont nous parlons dans cet article.

Émissions sanguines. MM. Rilliet et Barthez font, au sujet des émissions sanguines, des réflexions qui me paraissent devoir être reproduites ici : « Les méde-

cins, disent-ils, qui ne voient dans les convulsions qu'une congestion cérébrale ou une méningo-encéphalite à son début, prescrivent les émissions sanguines dans toutes les formes de convulsion ; nous nous sommes déjà élevés contre cette pratique. Nous pensons que l'on doit réserver les émissions sanguines pour certains cas déterminés. Ainsi : 1° lorsque la convulsion est primitive, l'enfant robuste, les symptômes convulsifs portés à un haut degré, la face violette, le pouls petit, l'asphyxie ou le coma imminents ; 2° lorsque la convulsion sympathique offrant la même intensité survient au début d'une affection inflammatoire... ; 3° enfin on doit les mettre en usage lorsque la convulsion sympathique se développe dans la convalescence d'une maladie aiguë, chez des sujets peu débilités, ou dans le cours d'une névrose. »

Ne connaissant pas la nature de la maladie, et surtout n'ayant pas de résumé de faits pour nous guider dans la pratique, nous n'avons rien de positif à ajouter à ces considérations. Quant à la manière de pratiquer ces émissions sanguines, à la quantité de sang à tirer, il n'y a pas de règle fixe à cet égard. C'est au médecin à varier les applications, suivant l'âge et les autres circonstances principales.

Compression des carotides. On doit, comme les auteurs que je viens de citer, rapprocher des émissions sanguines la compression des carotides, dont j'ai parlé à propos des affections cérébrales (1). J'ai donné alors des détails suffisants sur la manière d'employer ce moyen.

M. Grantham (2) conseille, lorsque les convulsions surviennent chez un enfant dont les fontanelles ne sont pas encore ossifiées, de pratiquer *la compression du crâne* à l'aide d'une bande de calicot suffisamment serrée pour exercer une douce pression. L'auteur ne cite qu'un cas en faveur de ce moyen, qui a besoin d'être expérimenté de nouveau avant d'être admis comme réellement utile.

Vomitifs ; purgatifs. Plusieurs auteurs ont conseillé les vomitifs contre l'éclampsie. MM. Rilliet et Barthez restreignent l'emploi de ce moyen au cas où la maladie est due à une indigestion. Dans ces cas, l'action des vomitifs est des plus favorables, ainsi que le prouvent beaucoup d'exemples, et entre autres ceux qu'ont mentionnés Guersant et M. Blache. Dans les autres circonstances, les vomitifs ne paraissent pas avoir un grand succès ; cependant tout n'est pas encore dit sur ce point. Il est certain que, si l'on réserve aux cas d'éclampsie par indigestion l'administration des vomitifs, on doit, avec MM. Rilliet et Barthez, donner la préférence au tartre stibié, qui débarrasse le plus promptement les voies digestives. On le donne, suivant l'âge, à la dose de 2, 3 à 5 centigrammes dans une cuillerée d'eau ou de tisane. Chez les très jeunes enfants, on se contente de l'administration de quelques cuillerées à bouche de *sirop d'ipécacuanha.*

Les *purgatifs* sont prescrits dans cette affection. On a surtout recommandé le *calomel*, mais il faut remarquer qu'on l'a presque toujours donné à dose altérante : 2 ou 3 centigrammes, toutes les deux heures ou toutes les heures. Malgré l'autorité de Clarke, de Gœlis (3), de Neumann, etc., nous devons dire que l'efficacité de ce moyen est loin d'être parfaitement démontrée, et l'on sait quels accidents il peut produire. Lorsque l'on veut prescrire le calomel à dose purgative, on doit

(1) Voy. *Méningite.*
(2) *Bull. gén. de thér.*, 1837.
(3) Voy. *Gaz. méd. de Paris*, 1835.

en donner de 10 à 25 centigrammes chez les jeunes enfants ; chez ceux qui ont plus de dix ans, on peut aller jusqu'à 30 et 40. MM. Rilliet et Barthez conseillent le mélange suivant :

℞ Calomel.............. 0,15 gram. | Racine de jalap pulvérisée. 0,30 gram.

A prendre en une fois dans une cuillerée de tisane.

On peut encore prescrire *une goutte d'huile de croton*, si le calomel ne peut être pris et si l'indication paraît très pressante ; mais souvent on en est réduit à n'administrer que des *lavements purgatifs*, dont il serait inutile d'indiquer la composition.

Narcotiques. Parmi les narcotiques, ceux qui ont été particulièrement recommandés sont l'*opium*, la *belladone* et la *jusquiame noire*. Personne n'a plus insisté sur les heureux effets de l'*opium* que de Haen (1). Cet auteur a cité un cas de convulsions chez un enfant, et fait remarquer que la maladie, traitée en vain par beaucoup d'autres moyens, ne céda qu'après l'emploi du narcotique.

Les cas dans lesquels ce remède agit le mieux sont ceux où la maladie reconnaît pour cause une douleur violente quelconque. Chez les très jeunes enfants, il faut se contenter de donner le *sirop de pavot blanc* par demi-cuillerée ou par cuillerée à café, de deux en deux heures ou à des intervalles plus éloignés, et de surveiller l'effet de ce médicament. Chez les enfants plus âgés, la dose de ce sirop sera augmentée, ou bien on prescrira l'*extrait d'opium dans une potion ordinaire*. C'est, en un mot, au médecin à graduer l'énergie de ce moyen suivant l'intensité de la maladie, l'âge et les forces du malade. Mais, dans tous les cas, il faut agir avec prudence et éviter de dépasser les limites, car il est des enfants chez lesquels le narcotisme se produit très facilement.

M. Brachet recommande la *morphine* et ses préparations. Ce médicament peut être employé, mais avec beaucoup de prudence. On pourra donner une ou plusieurs cuillerées à café de sirop d'*acétate de morphine*, en en surveillant attentivement les effets.

La *belladone* doit être administrée comme dans la *coqueluche* (2).

Quant à la *jusquiame noire*, elle fait partie d'une formule recommandée par M. Brachet, et dans laquelle entre l'oxyde de zinc ; je la donnerai plus loin.

Je pourrais encore citer le *datura stramonium*, mais il n'y aurait aucune utilité à multiplier ces indications, lorsque les faits positifs nous manquent.

Antispasmodiques. Comme on devait bien s'y attendre, les *antispasmodiques* n'ont pas été oubliés dans l'affection dont nous nous occupons, et parmi les remèdes de cette nature, il n'en est aucun qui ait été plus généralement recommandé que l'*oxyde de zinc*. C'est Gaubius qui, le premier, a vanté les bons effets de ce médicament, prescrit ensuite par la plupart des médecins qui se sont occupés des maladies de l'enfance. Je citerai entre autres Guersant et M. Brachet ; le premier recommande le mélange suivant :

℞ Extrait de jusquiame noire. 0,20 gram. | Oxyde de zinc.......... 0,10 gram.

Divisez en douze doses égales, dont on fait prendre une toutes les deux heures.

(1) *Ratio medendi*, t. II, p. 294.
(2) Voy. l'article consacré à cette affection.

On peut augmenter un peu la quantité de ces deux médicaments : ainsi, prescrire 0,15 grammes d'oxyde de zinc et 0,30 grammes de jusquiame ; mais M. Brachet recommande de ne pas dépasser la dose de 0,50 grammes de l'une et de l'autre de ces substances.

Le docteur Zangerl (1) donne l'*oxyde de zinc* seul à la dose d'un à trois centigrammes toutes les deux heures.

Il serait très difficile, avec les documents que nous possédons, de se prononcer formellement sur la valeur de ces moyens.

Le docteur John Mason Good préfère le *sulfate de zinc* à l'oxyde, et le prescrit de la manière suivante :

℞ Sulfate de zinc.......... 0,15 gram.	Émulsion d'amandes amères.. 100 gram.

A prendre en trois fois dans la journée.

Enfin le docteur Hanke prescrit l'*hydrochlorate de zinc*. Il faudrait des faits plus précis que ceux que nous connaissons pour dire quel est celui de ces médicaments auquel on doit donner la préférence.

Le docteur Joerg (2) recommande particulièrement le *musc*, qu'il administre ainsi qu'il suit :

℞ Infusion de mélisse....... 120 gram.	Musc............ 0,15 à 0,20 gram.

A prendre par cuillerées toutes les deux ou trois heures.

Kretschmar (3) employait le *camphre* uni à l'éther sulfurique, ainsi qu'il suit :

℞ Camphre.............. 0,50 gram.	Éther sulfurique........... 8 gram.

Dose : une, deux ou trois gouttes tous les quarts d'heure, suivant l'âge.

Je pourrais multiplier beaucoup ces citations, et mentionner le *succinate d'ammoniaque* recommandé par Gœlis ; l'*assa fœtida*, le *castoréum*, etc. ; mais comme nous n'avons sur l'emploi de ces moyens que des renseignements incomplets, il suffit de cette indication.

L'*acide prussique* est un médicament qui a été maintes fois conseillé ; le docteur Heller l'a principalement mis en usage dans l'éclampsie des enfants, dont nous nous occupons ici ; mais c'est une substance dangereuse, qu'il ne faut employer qu'avec beaucoup de précaution. On peut prescrire la potion suivante :

℞ Acide prussique de Robiquet. Alcool.................	ãã 2 gram.	Eau de fleurs d'oranger........ 2 gram.

Mêlez. Dose : de deux à trois gouttes, trois fois par jour, et quatre gouttes pour les enfants un peu âgés.

Toniques ; ferrugineux. Lorsque l'on peut attribuer l'éclampsie à une débilitation générale, à une anémie évidente, il est ordinaire d'administrer des toniques tels que le *quinquina* en particulier, et surtout des préparations ferrugineuses. Je n'insisterai pas sur la manière de donner ces substances dont j'ai eu tant de fois à parler ; je dirai seulement que les toniques et les ferrugineux ne peuvent pas être

(1) *Ueber die Convulsion im kindlisch. Alter.*
(2) *Kinderkrank.*, p. 297.
(3) *Horn's Archives*, 1801.

considérés comme des moyens qui doivent être dirigés contre les attaques elles-mêmes. Il faut alors une médication active, et qui ne demande pas un temps trop long pour produire son effet. Les toniques et les ferrugineux ne doivent donc être considérés que comme des moyens propres à raffermir la constitution et à prévenir de nouvelles attaques d'éclampsie.

Moyens divers. Je me contenterai maintenant d'indiquer d'une manière sommaire un certain nombre d'autres moyens que l'expérience ne nous permet pas encore d'apprécier d'une manière convenable. Le *carbonate de potasse* a été recommandé particulièrement par Hamilton, et administré comme il suit :

℞ Sous-carbonate de potasse... 4 gram.	Eau distillée............. 90 gram.

Dose : de dix à quarante gouttes dans la journée.

On a prescrit la *poudre de feuilles d'oranger*, vantée par de Haen ; l'*armoise*, à laquelle plusieurs auteurs allemands accordent beaucoup de confiance, et que Biermann (1) prescrit à la dose de 0,03 à 0,05 grammes d'heure en heure, d'abord, puis de 0,10 grammes aux mêmes intervalles ; la *digitale*, le *phosphore*, le *sulfure de potasse*, l'*acétate de plomb*, la *noix vomique*, l'*acupuncture*, etc.

Excitants. Les médicaments excitants ont été presque aussi généralement prescrits que les antispasmodiques, à l'intérieur ; on donne soit la *teinture de cannelle* ou de *gingembre*, soit l'*alcali volatil*, comme le propose Chambon (2). Ces teintures doivent être données à la *dose de cinq à dix gouttes, et plus*, suivant l'âge des enfants. Quant à l'*ammoniaque*, Chambon l'unit au *laudanum*, et la prescrit à la dose de quatre à huit gouttes dans une potion.

On peut aussi faire inspirer, à l'aide de linges imbibés qu'on place sous les narines, des substances à odeur forte, comme l'*acide acétique*, l'*ammoniaque*, l'*éther*. C'est surtout lorsque la perte de connaissance se prolonge qu'on a recours à ces moyens.

Chloroforme. Le docteur Simpson s'est servi avec succès du *chloroforme* chez un enfant de dix jours, qu'il tint pendant plus de vingt-quatre heures sous l'influence de cet agent anesthésique, en versant de temps en temps sur un mouchoir une petite quantité de ce liquide et en le lui approchant de la face. Après cette longue éthérisation, les accès de convulsions disparurent complétement (3).

Application du froid. Comme dans toutes les affections qui présentent un grand trouble des fonctions nerveuses, on a eu recours, dans l'éclampsie, à l'application du froid, soit à l'aide de *compresses froides sur la tête*, soit à l'aide d'*affusions froides*. Tout le monde a cité un cas rapporté par le docteur John Mason Good (4), et dans lequel ce médecin réussit à faire cesser une attaque d'éclampsie en prenant l'enfant tout nu dans ses bras, et en l'exposant à l'air frais par une fenêtre ouverte.

L'application du froid est peut-être, de tous les moyens, celui qui demande le plus de prudence. S'il est vrai, comme je l'établirai dans le résumé du traitement, que les indications varient beaucoup suivant les cas, on conçoit, en effet, combien

(1) *Hufeland's Journ.*, 1834.
(2) *Des maladies des enfants.* Paris, an VII, t. I.
(3) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er juillet 1852.
(4) *The study of medicine.* London, 1822.

il faut apporter de soin dans l'examen des malades auxquels on veut appliquer une médication énergique, et qui, si l'on se trompe, si l'on choisit mal les cas, peut avoir des conséquences funestes.

Les *irritants cutanés* : les *frictions excitantes*, les *vésicatoires*, les *sinapismes* promenés sur les jambes, sur la partie postérieure du tronc, sur la tête, ont été prodigués dans cette maladie. Je crois que c'est un abus. Il y a sans doute des cas où l'enfant étant débilité et la perte de connaissance persistant depuis longtemps, on peut espérer que ces moyens agiront efficacement en réveillant l'organisme tombé dans la prostration ; mais d'abord rien ne prouve qu'on ait obtenu de véritables succès de cette manière ; et ensuite il y a tant de cas où ces moyens eux-mêmes produisent une grande excitation, et même des convulsions chez les enfants, qu'on ne doit pas se hâter d'y recourir. Quant à la *pommade d'Autenrieth*, dont l'application est très douloureuse, aux *sétons*, aux *cautères*, aux *moxas*, je pense que, dans l'état actuel de la science, ces moyens doivent être bannis du traitement de l'éclampsie des enfants, parce que leur efficacité n'est nullement démontrée, et aussi parce qu'ils occasionnent une douleur qui, par elle-même, est une cause de convulsions, et plus tard produisent des cicatrices difformes.

Résumé. Tel est le traitement actif de l'éclampsie chez les enfants. On voit que, si l'on s'est beaucoup occupé de cette question de thérapeutique, on l'a fait avec si peu de méthode, que le praticien qui veut agir en connaissance de cause se trouve embarrassé à chaque pas. Tous les auteurs sont d'accord pour recommander de rechercher avec soin quelle est la cause de l'éclampsie, afin d'agir en conséquence. Ce précepte s'applique principalement à l'éclampsie sympathique et à l'éclampsie symptomatique. Il est évident, en effet, que, si la maladie est causée par la douleur que produit une dent dont la sortie est difficile, c'est à favoriser cette sortie que doit tendre presque tout le traitement, et que, s'il s'agit de convulsions survenues dans le cours d'une affection cérébrale, ce n'est pas à des antispasmodiques, mais à des moyens propres à combattre l'affection première qu'il faut avoir recours. Mais j'ai déjà, dans plusieurs des articles précédents, traité ces questions.

Il est beaucoup plus difficile de signaler les indications thérapeutiques dans l'éclampsie essentielle considérée au point de vue étiologique. D'une part, en effet, il est un assez grand nombre de cas ou l'on ne peut pas remonter à la cause de la maladie, et, de l'autre, quand on a pu y remonter, on n'est pas toujours sûr, à beaucoup près, de tirer un grand parti de cette connaissance. Je suppose, en effet, qu'il s'agisse d'un cas d'éclampsie à la suite d'une grande frayeur, d'une vive colère ; que fera le médecin, quand il sera instruit de ces circonstances, de plus que ce qu'il aurait fait sans les connaître? Mais, en revanche, il est des cas fort simples dans lesquels une investigation suffisante peut être de la plus grande utilité. Tous les médecins qui se sont occupés des maladies de l'enfance, et Baumes en particulier, recommandent de rechercher avec le plus grand soin s'il n'y a pas une *cause mécanique* aux convulsions souvent très effrayantes pour lesquelles on est appelé. Ainsi on doit rechercher si l'enfant n'est pas trop serré dans ses langes, dans ses bandages ; s'il n'est pas piqué par une épingle ; s'il n'a pas sur la surface du corps une petite écorchure, une petite plaie inaperçue ; en un mot, si une partie de son corps n'est pas incessamment le siége d'une douleur ou d'une gêne plus ou moins

vive. En enlevant la cause, on enlève l'effet dans ces cas simples. Il en est de même de la température de la chambre, du défaut d'air. Guersant et M. Blache nous apprennent qu'ils ont vu disparaître promptement une attaque d'éclampsie chez un jeune enfant couché dans une chambre basse fortement chauffée, rien qu'en le transportant dans une pièce plus vaste, et où la température était moins élevée.

On peut résumer ce qui vient d'être dit, en indiquant les précautions générales qui doivent être prises, ainsi qu'il suit :

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LES CAS D'ÉCLAMPSIE CHEZ LES ENFANTS.

Débarrasser promptement les enfants des langes ou des vêtements qui les serrent.

Enlever tout ce qui peut les blesser ou leur causer une douleur vive.

Éloigner toute cause d'irritation morale.

Soustraire le petit malade à une température trop élevée.

Si la pièce où il est placé est trop petite, établir une ventilation suffisante, ou mieux le transporter dans une chambre plus vaste.

Combattre l'indigestion, la constipation, ou toute autre cause semblable à laquelle on pourrait rapporter la maladie.

Traitement prophylactique. Je ne crois pas pouvoir mieux faire que de donner, à propos du traitement prophylactique, le passage suivant de Guersant et M. Blache, qui résume très bien tout ce qu'on peut dire sur ce sujet : « L'éloignement, disent ces auteurs, des causes capables d'y donner lieu (à l'éclampsie) se trouve encore ici au premier rang des agents prophylactiques. Un *régime* doux, léger, tempérant, l'usage fréquent des *bains tièdes ou frais*, rendus plus efficaces en faisant en même temps des *aspersions froides sur la tête*, quelques prises de *calomel*, seul ou associé à l'*oxyde de zinc* et à la *valériane*, un *exutoire* placé au bras ou à la nuque, tels sont ensuite les divers moyens qu'on doit conseiller aux enfants qui sont sujets à l'éclampsie. Sous l'influence d'un pareil traitement, modifié d'ailleurs d'après les indications particulières, nous avons vu plus d'une fois, soit à l'hôpital, soit en ville, des attaques d'*éclampsie chronique* s'éloigner peu à peu et même disparaître complétement.

» On pourrait essayer aussi contre celles qui sont le plus rebelles, et qui se rapprochent en quelque sorte de l'épilepsie, l'administration de la *térébenthine* à l'intérieur, dont M. Foville a retiré des avantages marqués dans le traitement de cette dernière affection. »

On voit que ces conseils sont en grande partie donnés *à priori*, et d'après des indications fournies par la nature présumée des symptômes, ou par les causes probables ; mais dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible d'exposer avec plus de précision le traitement prophylactique.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Traitement curatif : Émissions sanguines ; compression des carotides ; compression du crâne ; vomitifs, purgatifs ; narcotiques ; antispasmodiques ; acide prus-

que ; toniques, ferrugineux ; moyens divers (carbonate de potasse, armoise, digitale, etc.) ; excitants ; chloroforme ; application du froid ; irritants cutanés.

Traitement prophylactique : Régime ; bains ; exutoires, etc.

2° ÉCLAMPSIE DES FEMMES ENCEINTES OU EN COUCHES.

Comme je l'ai dit plus haut, je ne dois pas m'étendre sur l'éclampsie des femmes osses ou en couches. C'est une question qui est traitée particulièrement dans les ıvrages d'obstétrique, et je la passerais complétement sous silence, si je n'avais à diquer quelques traitements spéciaux peu connus des praticiens qui peuvent oir à combattre cette affection grave.

Cette espèce d'éclampsie, désignée par Sauvages sous le nom d'*eclampsia parrientium*, n'est heureusement pas une affection très fréquente ; mais elle ne peut s non plus se ranger parmi les maladies rares.

Causes. Les *causes* de cette éclampsie n'ont pas été recherchées avec beaucoup soin. Suivant les auteurs, les principales *causes prédisposantes* sont : l'*état pléorique*, la *constitution dite apoplectique*, la *grande distension de l'utérus*, la *ucorrhée abondante*, l'*albuminurie*, une *première grossesse*. A l'exception de s deux dernières circonstances, on est peu fixé sur l'influence réelle des causes e je viens d'indiquer ; on l'est moins encore sur les suivantes, dont Désormeaux emprunté l'énumération à un travail de M. Baudelocque (1) : « L'*habitation ns les villes*, des *vêtements étroits*, une *nourriture trop succulente*, l'*usage des iritueux*, la *constipation*, la *rétention des urines*, le *coït*, la *suppression d'un ux habituel*, le *sommeil trop prolongé*, le *défaut d'exercice*, la *fréquentation s bals*, *des spectacles*, la *colère*, la *jalousie*, la *contrariété*, les *chagrins*. Cette ection, ajoute l'auteur, règne quelquefois *épidémiquement* et semble tenir à nfluence de la constitution atmosphérique. » On sent combien des recherches actes seraient nécessaires pour établir l'exactitude de toutes ces assertions, et ces cherches n'ont pas été faites.

On a pu mieux s'assurer de l'existence de quelques *causes occasionnelles*, mais y a encore beaucoup à faire pour établir leur degré d'influence. Pour abréger, mprunte encore à Désormeaux l'énumération suivante : *affections morales istes*, *frayeur*, *colère*, *joie immodérée*, *impression des odeurs*, *abus des lieurs alcooliques*. On a pu observer chacune de ces causes, mais dans quelle oportion ? D'un autre côté, tous les auteurs conviennent que l'éclampsie survient uvent sans cause connue.

Ce qu'il y a de certain, c'est que l'éclampsie se manifeste ordinairement dans *accouchements longs et difficiles.* « Après l'accouchement, dit Désormeaux, e reconnaît souvent pour cause la *rétention du placenta ou d'un caillot.* » C'est qui n'est pas douteux et ce qui prouve que, quelles que soient les autres cirnstances qui ont pu agir, il est presque toujours nécessaire, pour que la maladie late, qu'il y ait des contractions utérines prolongées. J'ajoute que des *douleurs op vives* peuvent donner lieu à cette affection. J'en ai vu un exemple évident. ıant à la *suppression des lochies*, qui a été aussi rangée parmi ces causes, nous avons rien de positif à en dire.

Symptômes. Je dois me borner à signaler ce qu'il y a de particulier dans l'état

(1) *Thèse sur les convulsions.* Paris, 1823.

des femmes affectées de convulsions; car si je voulais en donner une description détaillée, j'aurais à reproduire presque tout ce que j'ai dit à propos de l'éclampsie des enfants.

On a d'abord indiqué quelques *signes précurseurs* qui ne diffèrent pas sensiblement de ceux de l'éclampsie des enfants. Je ferai seulement remarquer l'existence des *vertiges* et des *hallucinations*. Mais ces symptômes perdent beaucoup de leur valeur lorsqu'on songe que souvent l'attaque survient sans qu'on ait pu être averti par rien, et que dans beaucoup d'autres cas plusieurs d'entre eux existent sans être suivis de convulsions.

Parmi les *symptômes de l'attaque*, les plus remarquables sont ceux qu'on observe quelquefois du côté des organes contenus dans la cavité abdominale. Dans ces cas, ainsi que l'ont noté les auteurs qui se sont occupés des accouchements, on voit le travail marcher avec la plus grande rapidité, parce que les contractions utérines deviennent très intenses et presque incessantes.

La *perte de connaissance* est complète, et quelquefois les malades restent, pendant un temps fort long, plongées dans un *coma* profond. Il est fréquent néanmoins de voir à des intervalles plus ou moins longs la connaissance revenir, pour se perdre de nouveau complétement, et c'est ce qui peut avoir lieu à un assez grand nombre de reprises.

L'état de la *respiration*, de la *circulation*, l'aspect de la face, etc., ne nous offrent rien qui n'ait été signalé à propos de l'éclampsie des enfants. Ce sont des troubles profonds dus principalement à une asphyxie imminente.

Marche; durée; terminaison. « La maladie a une *durée* plus ou moins longue, dit Désormeaux; quelquefois elle n'a qu'un ou deux *accès*, quelquefois aussi elle dure plusieurs jours et se compose d'une *nombreuse série d'accès*. Elle se *termine* ou par le retour à la santé, ce qui a rarement lieu avant que la matrice soit débarrassée du fardeau qu'elle contient, ou par une autre maladie, ou par la mort. Dans le premier cas, *les accès cessent tout à coup, ou s'éloignent et s'affaiblissent peu à peu*. S'il y avait coma et perte de connaissance, ces symptômes persévèrent plus ou moins longtemps après que les convulsions ont cessé, et la femme, revenant à elle-même, semble se réveiller d'un long et pénible sommeil.... Souvent l'éclampsie laisse des *suites fâcheuses*, et la femme reste dans un état de *paralysie*, de *manie* et de démence plus ou moins complète. »

On a signalé comme *lésions anatomiques* de cette maladie l'injection du cerveau et de ses membranes; mais ce sont là des effets de l'asphyxie, et nous devons dire que l'éclampsie est une de ces affections qui ne laissent pas après elle d'altérations organiques qui lui soient propres.

Diagnostic. J'aurais à reproduire ici presque tout ce que j'ai dit à propos du diagnostic différentiel de l'éclampsie et de l'*épilepsie* chez les enfants. Chez les femmes, il y en outre l'*hystérie*, qui peut être confondue avec les convulsions dont nous venons de parler. Mais c'est une question que je me réserve de traiter à l'article consacré à cette dernière affection.

Le *pronostic* est grave, non seulement pour la femme, mais pour l'enfant. Souvent celui-ci meurt avant la fin du travail, et, dans le cas où il arrive vivant, il n'est pas rare de le voir succomber peu de temps après.

Traitement. La plupart des moyens dirigés contre l'éclampsie des enfants ont

été également mis en usage dans l'éclampsie des femmes en travail. Mais, chez elles, on a principalement insisté sur quelques uns de ces moyens, et l'on en a conseillé d'autres spéciaux que je vais indiquer.

Émissions sanguines. La plupart des auteurs regardent la congestion cérébrale comme la cause prochaine des convulsions. Il est plus naturel de penser, ainsi que nous l'avons dit plus haut, que cette congestion n'est qu'un résultat de l'asphyxie commençante ; mais, quelle que soit l'opinion qu'on adopte, il n'en est pas moins certain qu'on doit employer assez largement les émissions sanguines lorsque la face est gonflée, vultueuse, lorsque les yeux sont brillants, et que la céphalalgie est intense. Par ce moyen on fait cesser, non seulement la congestion cérébrale, mais celle de tous les autres organes, et l'on peut surtout espérer de rendre la respiration plus libre. La *saignée du bras, du pied, de la jugulaire* même, peuvent être employées dans ce but ; mais cette dernière opération peut être rendue très difficile par l'état de convulsion dans lequel se trouve la malade. Quant aux *sangsues*, aux *ventouses scarifiées*, leur application est moins habituelle, et l'on n'y a recours que dans des circonstances particulières dont je ne peux pas m'occuper ici.

Les *vomitifs*, et en particulier l'*ipécacuanha* (Plenk), ont été conseillés dans cette affection. Comme chez les enfants, ils conviennent principalement lorsqu'il y a des signes d'indigestion.

La *digitale* à l'intérieur est recommandée par Hamilton, qui associe son emploi aux *vésicatoires*. Ceux-ci sont conseillés par plusieurs auteurs qui veulent qu'on les applique sur le cuir chevelu. On n'a cité qu'un très petit nombre de faits en faveur de cette pratique.

L'*acide prussique* a été mis en usage chez les femmes en travail aussi bien que chez les enfants; mais nous n'avons pas de renseignements plus positifs sur ses effets dans ce cas particulier.

Je citerai encore le *carbonate de potasse* et la plupart des *antispasmodiques* indiqués dans la première partie de cet article (1). On comprendra pour quels motifs je n'entre pas dans de plus grands détails à ce sujet.

L'*ammoniaque* a été recommandée par les accoucheurs hollandais. M. Vanaje (2) y ayant eu recours dans un certain cas, obtint un résultat favorable ; il prescrit ce médicament comme il suit :

℞ Eau distillée............ 260 gram. Ammoniaque liquide..... 120 goutt.	Sirop de menthe.......... 32 gram.

Une cuillerée à bouche toutes les demi-heures.

Chaussier (3) vante les bons effets des *bains tièdes prolongés*, pendant lesquels on fait des *applications de compresses imbibées d'eau froide sur la tête*. C'est un moyen dont il faut recommander l'emploi.

Mais nous avons vu que c'est presque toujours dans des cas d'accouchement difficile que se produit l'éclampsie. Aussi tous les accoucheurs recommandent-ils, dans les cas où les convulsions deviennent très intenses, de *favoriser l'accouchement, ou même de le provoquer* par divers moyens. Ce serait sortir de mon cadre

(1) Voy. *Éclampsie des enfants.*
(2) *Ann. de la Soc. d'émul. de Roulers*, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 16 mars 1851.
(3) *Consid. sur les convulsions qui attaquent les femmes enceintes.* Paris, 1822.

que d'entrer dans de grands détails à ce sujet, et je dois me contenter d'une indication sommaire :

Chaussier conseille de pratiquer sur le col de l'utérus des frictions avec une pommade de *belladone*, la suivante, par exemple :

℞ Axonge.................. 30 gram. | Extrait de belladone........ 8 gram.

Mêlez.

Ce remède n'est utile que dans les cas où la difficulté de l'accouchement est due à la rigidité du col.

Plusieurs auteurs, parmi lesquels je citerai M. Roche, conseillent de recourir à l'administration du *seigle ergoté*. M. Bayle (1) a fait connaître les succès qu'on a obtenus par ce moyen, qui ne convient encore qu'à un cas particulier : celui dans lequel les contractions utérines ont besoin d'être stimulées.

Lorsque ces moyens ne suffisent pas, il ne faut pas hésiter à *rompre la poche des eaux*, si elle est encore intacte ; à *terminer l'accouchement avec la main* : à *appliquer le forceps* ; en un mot, à employer le moyen qui paraît le plus propre à terminer le plus promptement possible l'accouchement. Cette indication est suffisante ici.

Inhalations de chloroforme. Nous connaissons maintenant un assez grand nombre de cas chez lesquels les *inhalations de chloroforme* ont complétement dissipé des attaques d'éclampsie chez les femmes en couches. Ce moyen, qu'il ne faudrait pas craindre d'appliquer, même aux très jeunes enfants, dans une affection si grave, doit être vivement recommandé. Il serait facile de multiplier les exemples de succès obtenus par les inhalations ; celui qui a été rapporté par M. Gros (2) est suffisant pour en démontrer l'utilité.

Dans un cas, j'ai fait cesser immédiatement une attaque d'éclampsie des plus alarmantes, causée évidemment par les douleurs, chez une primipare, par les inhalations de chloroforme. Dès que les convulsions disparaissaient, on les renouvelait, et l'accouchement se termina heureusement en vingt minutes, à partir de ce moment.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de donner un résumé de ce traitement, car la seconde partie de cet article n'est elle-même qu'un résumé.

ARTICLE X.

TÉTANOS.

Le tétanos étant une maladie dont les symptômes sont très facilement appréciables, une indication précise, et même une description assez exacte en ont été données dans les premiers temps de la médecine. Les caractères du tétanos sont nettement tracés par Hippocrate (3) ; et dans les siècles suivants, un nombre immense d'auteurs se sont occupés de cette maladie. Il serait beaucoup trop long d'énumérer même les principaux travaux sur ce sujet intéressant qui a fixé l'attention des chirurgiens plus encore que des médecins, parce que c'est surtout à la suite des blessures et des opérations chirurgicales que se produit le tétanos. Je ne donnerai donc

(1) *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1835, t. III, p. 373.
(2) *Bull. gén. de thér.*, 15 janvier 1849.
(3) *Œuvres comp.*, trad. par Littré. Paris, 1850, t. VII : *Des maladies*, liv. III, ch. 12.

i aucune citation, d'autant plus que, dans le cours de cet article, j'aurai à indi-
ier les divers ouvrages dans lesquels se trouvent les principaux documents.

On a proposé plusieurs divisions pour l'étude de cette affection, mais il n'en est icune qui ait pour base des différences essentielles dans les symptômes ou les lésions le présente la maladie. On a dû naturellement et tout d'abord diviser le tétanos en *aumatique* et non *traumatique*, et cette division est celle qui a le plus d'impor-nce. Cependant, en y regardant de près, on voit qu'il n'y a guère que la cause qui it différente; mais comme dans le tétanos traumatique, l'état et la nature de la lessure fournissent assez souvent des indications utiles pour le traitement, il faut econnaître que cette considération étiologique a sa valeur, et que la division doit tre maintenue. Je n'ai pas besoin de dire que mon intention est de ne m'occuper ici ue du tétanos non traumatique; malheureusement la distinction que je signale, et ui est admise par tout le monde, est loin d'avoir été présente à l'esprit des auteurs uand ils ont tracé leurs descriptions, de sorte qu'il est souvent impossible de econnaître ce qui appartient à l'une et à l'autre des espèces dont il s'agit.

Vient ensuite une division établie sur l'étendue du siége occupé par le tétanos : le là le *tétanos universel* et le *tétanos partiel;* mais ce sont des variétés sympto-natiques qu'il suffira de signaler en parlant des symptômes, et alors je m'occuperai le l'*opisthotonos*, de l'*emprosthotonos*, etc.

On a encore divisé le tétanos en *continu*, en *continent* et en *rémittent*, mais ce ont là des nuances tirées de la plus ou moins grande uniformité du symptôme rincipal, la contraction convulsive, et ces nuances sont trop peu importantes pour u'il soit nécessaire d'en tenir compte.

Enfin un très grand nombre d'auteurs ont décrit séparément le *tétanos des ouveau-nés*. Dans cet article, je décrirai d'abord le tétanos des adultes, puis je echercherai si cette maladie présente quelque particularité importante dans les remiers jours de l'existence.

Je ne poserai pas ici la question de savoir si le tétanos est une affection qu'on oive rattacher à certaines lésions du système nerveux, ou si, avec Pinel et presque ous les auteurs contemporains, il faut ne voir en lui qu'une simple névrose. Je me ontenterai de dire que cette dernière manière de voir est celle que je partage, et 'attendrai, pour exposer les raisons qui m'y engagent, d'avoir à m'occuper des sions anatomiques signalées par plusieurs observateurs.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La définition du tétanos est beaucoup plus difficile que la plupart des auteurs ne araissent l'avoir pensé. On a dit généralement que cette affection est caractérisée ar une convulsion tonique, une contraction permanente d'un plus ou moins grand ombre de muscles du corps, et par des douleurs plus ou moins violentes dans les arties convulsées. Mais si l'on se rappelle un très grand nombre de faits que j'ai gnalés dans la description des maladies cérébrales, on remarquera que cette dé-inition peut s'appliquer à un grand nombre de cas de contracture, de roideur, de étraction qui se montrent dans le cours des diverses maladies des centres ner-veux, et que par conséquent elle manque de précision. D'un autre côté, il me pa-aît bien difficile d'éviter ce défaut. Si l'on réfléchit, en effet, à la nature de la ma-

ladie dont nous nous occupons, on voit que les cas où il y a contraction involontaire et permanente des muscles offrent entre eux une ressemblance telle, que la ligne de démarcation devient souvent impossible. Ne serait-ce pas parce que le tétanos est, comme plusieurs autres états morbides, tantôt un simple symptôme, et tantôt une affection idiopathique essentielle, qui prend, dans ce dernier cas, sa place à part dans le cadre nosologique? Nous verrons plus tard que cette manière de voir peut servir à éclairer les questions litigieuses qui se sont élevées au sujet de la nature du tétanos. Quant à présent, contentons-nous de signaler l'insuffisance de la définition admise, tout en regrettant que l'état actuel de la science ne nous permette pas de lui en substituer une plus complète et plus précise.

Cette affection n'a guère été décrite sous d'autres noms qui aient été assez généralement adoptés pour mériter qu'on les cite. Je dirai seulement qu'elle a été désignée sous des dénominations qui indiquent ses variétés, comme *trismus*, *opisthotonos*, etc., par des auteurs qui ont observé des cas de forme particulière; mais, je le répète, il n'y a dans cette synonymie rien de véritablement intéressant pour les recherches historiques et bibliographiques.

On peut dire d'une manière générale que le tétanos est une maladie assez rare, même en tenant compte du tétanos traumatique. Nous verrons tout à l'heure que sa fréquence varie beaucoup suivant les climats.

§ II. — Causes.

Il serait bien intéressant d'avoir sur cette grave maladie des recherches étiologiques un peu précises; mais, sauf quelques renseignements fournis par les auteurs qui ont écrit sur les maladies des pays chauds, nous n'avons guère que des données résultant de faits isolés ou peu nombreux.

1° Causes prédisposantes.

Age. Dans les climats froids et tempérés, le tétanos n'attaque guère que les adultes. Dans certains climats chauds, il est au contraire commun chez les très jeunes enfants, sans pour cela devenir rare chez les adultes, car c'est précisément dans ces climats que les blessures donnent le plus souvent lieu à ce redoutable accident.

Sexe. Suivant Rochoux, les sujets du sexe féminin présenteraient le tétanos plus fréquemment que les sujets du sexe masculin; mais il faut croire que cet auteur a observé dans des circonstances particulières, car c'est le contraire qui a lieu, et il est le seul qui ait avancé une pareille proposition.

M. le docteur Pitre-Aubinais (1) a vu le tétanos se produire *chez les femmes en couches au plus fort de la fièvre de lait;* il a donné à cette espèce le nom de *tétanos puerpéral*.

Localités. Suivant Samuel Cooper, cette maladie se montre de préférence dans les contrées basses et marécageuses. Il est certain qu'il en est ainsi dans les climats chauds.

Climats; saisons. Il résulte de tous les faits recueillis par les divers auteurs que le tétanos se produit beaucoup plus fréquemment dans les climats chauds, et sur-

(1) *Journ. de la Soc. de méd. de la Loire-Inférieure.*

tout dans ceux qui sont remarquables par les grandes variations de température ; aussi cette maladie se montre-t-elle de préférence dans certains moments de l'été, où à des journées d'une chaleur excessive succèdent des nuits fraîches.

On a remarqué, principalement dans les cas de tétanos traumatique, que les sujets d'une forte *constitution* y étaient plus exposés que les individus faibles et débiles.

2° Causes occasionnelles.

Je ne passerai pas en revue les diverses causes du *tétanos traumatique*, telles que la piqûre, la déchirure des nerfs, etc. ; ce sont des détails qu'il faut chercher dans les livres de chirurgie.

Je dirai seulement que l'application d'un caustique de Vienne a été suivie dans un cas signalé par M. Papillaud (1) d'un tétanos mortel. Dans le cas cité par ce médecin, il y avait 14 à 16 escarres d'une dimension d'une pièce de 5 francs à une pièce de 2 francs dans une étendue de 30 à 40 centimètres carrés.

Parmi les causes occasionnelles du tétanos idiopathique, on a cité en première ligne l'*impression du froid*. Dans les faits qu'on a rapportés en faveur de cette opinion, on voit que tantôt les sujets ont été exposés à un froid prolongé; que tantôt ils ont été mouillés et ont conservé sur eux leurs vêtements humides, et que d'autres fois ils ont été soumis à un froid vif, le corps étant en sueur. Quelle est l'influence proportionnelle de ces diverses applications du froid? C'est ce qu'il n'est pas possible de dire. Ce que l'on peut affirmer, c'est que dans un assez bon nombre d'observations, même de tétanos traumatique, la maladie s'est produite assez peu de temps après cette exposition au froid, pour qu'on ait été autorisé, surtout en l'absence de toute autre cause évidente, à rapporter son apparition à cette influence.

Il résulte des recherches de Trnka (2), que des *substances alimentaires indigestes*, l'*indigestion*, l'*excès des boissons alcooliques*, ont été, dans plusieurs cas, les seules causes auxquelles on ait pu rapporter l'apparition de la maladie. Quel est le degré d'influence de ces causes? C'est ce qui reste encore à déterminer d'une manière précise.

Viennent maintenant des causes qu'il suffit d'énumérer, parce que nous n'avons sur elles que les renseignements les plus vagues. Ce sont les *impressions morales vives*, les *excès vénériens*, les *vers intestinaux*, les *flux considérables*, *leur suppression* quand ils sont habituels, la *répercussion des exanthèmes*, de *la goutte*, etc. Tous les auteurs modernes sont d'accord sur le peu de fondement de toutes ces causes qu'on retrouve dans presque toutes les maladies. Le docteur Cejerchsjoeld, cité par les auteurs du *Compendium*, a rapporté des faits dans le but de prouver que le tétanos peut régner d'une manière *épidémique;* mais ces auteurs ont fait ressortir tous les doutes qui existent sur la réalité du fait.

Plusieurs médecins ont vu la cause occasionnelle du *tétanos des enfants nouveau-nés* dans l'inflammation qui se manifeste souvent à un degré assez marqué à l'ombilic, par suite de la séparation du cordon ombilical. M. Thore, dans un mémoire intéressant que j'aurai à citer de nouveau plus loin, a objecté que cette inflamma-

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 février 1852.
(2) *Comm. de tetano.* Vindob., 1777.

tion est fréquente, tandis que le tétanos est rare, au moins dans nos climats, et qu'en outre on voit fréquemment le tétanos précéder cette inflammation. Ces objections ont d'autant plus de valeur que l'on n'a pas cité, en faveur de l'opinion qu'elles combattent, de faits véritablement convaincants.

§ III. — Symptômes.

Tétanos chez l'adulte. — *Début.* Il résulte des faits publiés, que le tétanos spontané, idiopathique, dont nous nous occupons spécialement ici, se déclare ordinairement sans prodromes et brusquement. Cependant, en parcourant un certain nombre d'observations, on ne peut s'empêcher d'avoir certains doutes à cet égard, parce que les médecins appelés au moment où les symptômes tétaniques s'étaient déclarés ont souvent négligé de rechercher avec soin ce qui s'était passé auparavant. Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que, dans un nombre de cas qui ne laisse pas d'être assez considérable, le tétanos s'annonce par des frissons, par de la courbature, de l'abattement, et d'autres fois par de l'insomnie et des vertiges. On ne parviendra, au reste, à savoir quelque chose de positif sur ce point, que lorsqu'on l'étudiera, en ayant soin d'examiner séparément les faits qui ont des caractères particuliers.

Quelques auteurs ont rangé parmi les prodromes la roideur qui se manifeste dans le cou, le sentiment de constriction de la gorge, etc.; mais il est évident que ce sont là les symptômes mêmes de la maladie à son début.

Symptômes. Ainsi que je viens de le dire, le tétanos commence ordinairement par une sensation de roideur dans le cou et dans les muscles des mâchoires. Souvent il y a constriction épigastrique et tension le long de la colonne vertébrale; puis la déglutition devient difficile, et bientôt la contraction involontaire envahissant le tronc, puis les membres, la maladie est confirmée. On doit, avec A. Bérard et M. Denonvilliers (1), regarder comme exceptionnels les cas dans lesquels la maladie débute autrement. Examinons maintenant les symptômes suivant les différentes espèces de tétanos.

Tétanos général. Trnka a décrit avec soin cette espèce, qui n'est pas la plus fréquente. Tous les muscles du corps étant contractés convulsivement, et les muscles extenseurs faisant antagonisme aux muscles fléchisseurs, il en résulte que le tronc et les membres sont directement tendus, ce qui a fait donner à cette espèce le nom de *tétanos droit.* Pour donner une idée de l'état dans lequel se trouve le malade, Trnka le compare à une statue, et dit qu'on pourrait le soulever tout d'une pièce en le saisissant par les pieds. Les muscles de la mâchoire participant à cette *rigidité*, il en résulte que les dents sont fortement serrées, et qu'il est impossible de les écarter. Il est même arrivé quelquefois que la langue, se trouvant poussée hors des arcades dentaires par un mouvement involontaire, a été coupée par les dents convulsivement rapprochées. Dans des cas beaucoup moins fréquents, on voit les mâchoires violemment écartées, sans qu'on puisse les rapprocher.

La *contraction du pharynx* est souvent telle, que, lors même qu'on a pu faire pénétrer des boissons dans l'arrière-gorge, il arrive quelquefois qu'elles ne peuvent pas être ingérées, la déglutition étant devenue impossible. C'est par la base

(1) *Compendium de chirurgie*, art. TÉTANOS.

de la langue que commence cette constriction. On a remarqué néanmoins que cet organe peut ordinairement se mouvoir après que les autres muscles sont contracturés.

La convulsion gagnant la poitrine et l'abdomen, on observe une immobilité plus ou moins complète des parois de ces cavités, et la rétraction de la dernière. Cependant il faut dire qu'il est bien rare que les muscles inspirateurs soient complétement convulsés et immobiles. Enfin les membres, participant à la rigidité générale, sont dans l'extension, et les efforts faits pour les fléchir restent sans succès. Sprengel a avancé que la contraction morbide respectait les doigts, mais ce n'est pas ce qu'ont noté les autres observateurs, et en particulier M. Grisolle (1).

Une *douleur* plus ou moins vive accompagne cet état convulsif. Quelques sujets se plaignent à peine de leurs souffrances, qui sont légères, mais la plupart éprouvent des exaspérations douloureuses qui sont souvent insupportables. Ces douleurs consistent dans des élancements, des déchirements qui parcourent les membres et le tronc, et il n'est pas rare d'observer des *crampes* très douloureuses. Dans un petit nombre de cas seulement la douleur est permanente.

La contracture, qui est le caractère essentiel de la maladie, est continue. A quelque moment qu'on examine le malade, on voit que les muscles présentent une rigidité évidente ; mais, par moments, on les voit agités de *secousses convulsives*, et c'est surtout alors que les douleurs dont je viens de parler se font sentir. Ces convulsions rapides, subites et douloureuses, surviennent très souvent sans que rien les provoque ; mais on a noté aussi qu'elles se reproduisent particulièrement lorsque le malade éprouve une contrariété, une émotion, ou lorsqu'il veut faire un mouvement.

Du côté des *voies digestives*, on observe ce qui suit : La *soif* n'est augmentée que lorsque la contraction des muscles du pharynx et de l'œsophage empêche la déglutition. Alors elle devient intense. L'*appétit* n'est pas naturellement perdu ; aussi, lorsque la déglutition est impossible, la faim vient-elle se joindre à la soif pour tourmenter le malade. Si l'on veut insister et chercher à introduire des boissons ou des aliments, la *suffocation* devient imminente. Dans les mêmes circonstances, on voit la *salive* s'accumuler dans la bouche, ne pouvant franchir le pharynx, puis couler en bavant entre les lèvres. Cette salive est épaisse, souvent écumeuse, et parfois sanglante.

On a signalé comme un symptôme appartenant au tétanos des *vomissements* dans les premiers temps de la maladie. Sans prétendre que ce soit une erreur, on peut penser que, dans la plupart des cas où il en a été ainsi, il s'agissait d'un tétanos symptomatique d'une affection des centres nerveux.

Il y a presque toujours une *constipation* opiniâtre, ce qui tient à la contraction spasmodique des sphincters. Dans quelques cas peu fréquents, au contraire, on a noté des *selles involontaires*.

Du côté de *la vessie* on observe des symptômes semblables à ceux de l'intestin, c'est-à-dire que, le plus souvent, il y a, soit excrétion difficile et douloureuse de l'urine, soit rétention de ce liquide, et que, dans quelques autres, on a vu l'urine s'écouler involontairement.

(1) *Traité élém. de path.*, art. *Tétanos*, t. II.

La *respiration* est ordinairement gênée. Quelquefois elle est suspirieuse, ronflante et lorsque les muscles inspirateurs sont envahis, ce qui n'a lieu que dans les cas extrêmes, l'asphyxie devient de jour en jour imminente. Cette gêne de la respiration ne se fait principalement remarquer que pendant les paroxysmes, pendant ces secousses convulsives que j'ai indiquées plus haut.

La *voix* est ordinairement naturelle. Lorsque la base de la langue et le pharynx sont convulsés, elle est pénible et sourde, et, comme les contractions les plus fortes ont lieu par secousses, la parole est presque toujours entrecoupée. Lorsque ces symptômes sont parvenus à un très haut degré, les malades ne peuvent plus faire entendre que des sons inarticulés.

La *circulation* ne présente ordinairement rien de remarquable, si ce n'est que le *pouls* est un peu ralenti. Lorsque la respiration est très embarrassée et précipitée, le pouls devient petit et fréquent. On a néanmoins cité des cas de tétanos fébrile, et j'en ai vu un exemple manifeste, bien que l'autopsie ait permis de constater l'intégrité de tous les organes; mais ces cas sont rares.

Vers les derniers temps de la maladie, on voit la *peau*, qui jusqu'alors avait conservé ses caractères normaux, se couvrir d'une sueur froide et visqueuse. Mais il faut encore signaler ici des cas dans lesquels les *sueurs* se montrent dans le tétanos en même temps qu'une certaine élévation de la température.

On a cité quelques cas dans lesquels on a remarqué des symptômes d'*hydrophobie*, mais ces cas sont rares, et les renseignements nous manquent pour en apprécier la nature.

Lorsque le tétanos est idiopathique, essentiel, c'est-à-dire dans les cas dont nous nous occupons spécialement ici, l'*intelligence* reste intacte au milieu de ces symptômes si graves, et c'est ce qui rend la position des malades plus cruelle encore. Les auteurs, et en particulier Trnka, ont néanmoins cité des cas dans lesquels il y avait un délire tantôt tranquille, tantôt bruyant et furieux; mais il est douteux que ces cas se rapportent au tétanos idiopathique, et l'on s'accorde généralement à attribuer ce symptôme à une complication, lorsqu'il survient dans de semblables conditions.

Il est remarquable que, dans un bon nombre de cas, la nuit apporte une amélioration plus ou moins sensible à ces accidents. Il n'est pas rare, en effet, de voir des malades avec un *sommeil* tranquille la nuit, bien que la maladie ne présente aucun amendement réel. D'autres ont des exacerbations la nuit aussi bien que le jour.

On voit que, dans toute cette description, nous avons été obligé d'admettre sans cesse des exceptions, et qu'il n'est aucun symptôme, sauf les convulsions, qui se retrouve dans tous les cas cités. En serait-il de même si, comme je le disais plus haut, on établissait des catégories bien distinctes? si l'on étudiait séparément les cas où la maladie a existé sans lésion évidente, ceux où l'on a trouvé des lésions des centres nerveux, etc.? Il est permis d'en douter.

Disons maintenant un mot des diverses espèces de tétanos.

1° *Trismus.* Cet état de contraction et de rigidité que nous avons vu se montrer du côté des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure, peut exister seul. Il a reçu les noms de *trismus* ou de *tétanos maxillaire*. Les mâchoires sont tellement serrées dans la plupart des cas, qu'on ne peut les écarter, et que, pour faire boire le

malade, il faut profiter de l'intervalle laissé par une dent arrachée afin d'introduire un tube fin pour faire aspirer le liquide. On a, dans quelques cas, cassé une ou plusieurs dents. Le trismus se montre presque toujours dans les autres espèces que je vais mentionner.

2° *Tétanos facial.* Dans les cas de trismus, la convulsion peut gagner les muscles de la face et des yeux. La physionomie est alors fortement contractée, les yeux sont hagards et l'aspect du malade a quelque chose d'effrayant.

3° *Tétanos cervical.* Il est au moins fort rare que la convulsion soit bornée aux muscles du cou dans les cas de tétanos essentiel. On a cité des exemples de ce genre parmi les cas de méningite rachidienne bornée à la partie supérieure. Il me suffit de rappeler que, dans cette variété, la tête est fortement portée en arrière, qu'elle ne peut être fléchie, et que les muscles de la partie postérieure du cou sont rigides. C'est un opisthotonos partiel.

4° *Opisthotonos.* Cette espèce, qui est de beaucoup la plus fréquente, résulte principalement de la convulsion des muscles de la partie postérieure du tronc. A son plus haut degré, elle se montre avec les caractères suivants : le tronc forme un arc dont la convexité est antérieure, les membres sont dans une extension forcée, ainsi que la tête, de telle sorte que le malade ne repose que sur cette partie et sur les talons. A un degré moindre, il y a seulement courbure du tronc en arrière.

5° *Emprosthotonos.* L'emprosthotonos est l'espèce opposée à la précédente, c'est-à-dire que les convulsions occupent les muscles antérieurs du corps. La courbure est antérieure et peut être portée assez loin (Arétée) pour que les genoux viennent toucher le menton.

6° *Pleurosthotonos.* Enfin la contraction des muscles d'un des côtés du tronc et du cou donne lieu à une courbure latérale, de sorte que l'épaule vient toucher la tête, et la hanche se relève vers le côté du thorax correspondant. Cette espèce est la plus rare.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

En exposant les principaux symptômes dans leur ordre d'apparition, j'ai indiqué la *marche* de la maladie. On peut dire, en général, qu'elle est continue, bien qu'il existe des *paroxysmes* assez marqués dont j'ai maintes fois parlé plus haut. Quelques auteurs ont signalé non seulement un *tétanos rémittent*, mais encore un *tétanos intermittent*. Dans la première de ces deux formes on observe des intervalles de calme plus grands que dans les cas ordinaires. Quant à la seconde, son existence est loin d'être prouvée. Nous avons vu, dans un des articles précédents, que la maladie désignée par Dance sous le nom de fièvre intermittente tétanique n'est autre chose que la contracture idiopathique (1). Quant aux faits cités par Fournier-Pescay (2), l'exactitude du diagnostic est généralement révoquée en doute.

La *durée* de la maladie est assez variable. Cependant il résulte de l'examen des faits que, dans la très grande majorité des cas, l'affection, lorsqu'elle se termine par la mort, n'a pas une durée de plus de dix jours. Ceux dans lesquels cette

(1) Voy. l'article consacré à cette affection.
(2) *Dict. des sciences méd.*, art. TÉTANOS.

durée est de plus de vingt jours sont tout à fait exceptionnels. Il est plus fréquent, au contraire, de voir des cas dans lesquels la mort survient en très peu de temps (24 et 36 heures). Nous n'avons pas de relevés de faits qui nous apprennent d'une manière bien exacte quel est le plus promptement mortel du tétanos traumatique ou du tétanos spontané.

Le tétanos se *termine* par la mort dans la grande majorité des cas. Le docteur Blizard-Curling a sur 246 cas trouvé 236 fois la terminaison par la mort. Il est vrai qu'il s'agit du tétanos traumatique. Suivant la plupart des auteurs, le tétanos spontané est moins meurtrier; mais les incertitudes du diagnostic porté dans un certain nombre de cas ne nous permettent pas de regarder cette assertion comme parfaitement démontrée. Les malades succombent presque toujours aux suites de cette asphyxie lente dont nous avons indiqué plus haut les principaux symptômes.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il est important de dire quelques mots des lésions anatomiques signalées par les auteurs. Les uns ayant été frappés de l'existence, dans la méningite cérébro-spinale, des convulsions tétaniques que nous avons décrites en parlant de cette maladie, ont regardé l'inflammation des membranes de la moelle comme la lésion anatomique propre à cette affection. D'autres ont considéré le tétanos comme un symptôme du ramollissement de la moelle, et surtout des faisceaux antérieurs qui président au mouvement, parce que, dans quelques cas, ils ont trouvé ce ramollissement. D'autres encore ont attribué la maladie à une névrilémite, à une arachnitis. Il serait inutile d'indiquer les lésions qui résultent de ces affections, elles sont maintenant bien connues de nos lecteurs.

Je ne parle pas ici des inflammations du tube digestif ou d'autres organes; il est, en effet, trop évident que, dans les cas où l'on peut leur attribuer un certain degré d'influence sur la production de la maladie, elles ne jouent d'autre rôle que celui d'une cause déterminante, et ont même une influence moins grande que les blessures que nous avons citées en première ligne dans le paragraphe consacré à l'étiologie. J'ajouterai seulement que, dans quelques cas, on a noté la rougeur des ganglions semi-lunaires.

Mais si nous ne manquons pas de faits dans lesquels des lésions anatomiques évidentes ont été rencontrées à l'autopsie, il faut remarquer d'abord que ces lésions sont très diverses et n'ont pas ce caractère d'uniformité qu'on remarque dans les lésions anatomiques essentielles des autres affections, et, en second lieu, qu'on a cité un nombre de cas plus considérable encore dans lesquels l'inspection anatomique n'a rien fait découvrir.

La conclusion que nous devons en tirer, c'est que le tétanos, qui, dans un grand nombre de cas, doit se ranger parmi les affections nerveuses essentielles, n'est, dans d'autres, qu'un symptôme de maladies diverses, et principalement des affections de la moelle. C'est ce que nous retrouvons, du reste, dans beaucoup d'autres maladies.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Tout le monde convient que le diagnostic du tétanos n'offre pas de difficultés sérieuses. La forme tonique des convulsions le fait distinguer de l'*éclampsie* et de

l'*hystérie*. L'*épilepsie* en diffère essentiellement par l'intermittence des attaques et surtout par la perte complète de connaissance. Quant à la distinction du tétanos essentiel et du tétanos symptomatique, elle est rendue facile par la connaissance des symptômes des maladies cérébro-spinales décrites dans les articles précédents (1). Je n'insiste donc pas sur ce point.

Pronostic. Le pronostic est très grave. Nous avons vu, à propos de la terminaison, qu'on regarde le tétanos spontané, et par conséquent celui dont nous nous occupons spécialement ici, comme moins grave que le tétanos traumatique; mais il n'en résulte pas moins des faits connus que cette affection, quelle que soit son origine, cause très fréquemment la mort. La mort par asphyxie étant la terminaison la plus fréquente de cette affection, il n'est pas besoin de dire que c'est un signe très fâcheux lorsque la respiration devient très embarrassée.

§ VII. — Traitement.

On a proposé un grand nombre de médications contre le tétanos. Nous allons passer en revue les plus importantes, en tenant compte principalement de celles qu'on a employées dans les cas de tétanos spontané, mais sans exclure celles qu'on a dirigées contre le tétanos traumatique, parce que tout porte à croire qu'elles doivent avoir la même action dans l'une et l'autre espèce.

Émissions sanguines. Les opinions sont très partagées au sujet des émissions sanguines. Toutefois il faut reconnaître que presque tous les auteurs les recommandent, mais à des degrés si différents qu'il y a presque opposition dans leurs opinions à ce sujet. Ainsi tandis que les uns veulent, avec Boyer, qu'on se contente de pratiquer une ou deux saignées chez les sujets forts et vigoureux, d'autres, avec Lisfranc et M. Lepelletier de la Sarthe, recommandent de faire des saignées d'une abondance extrême. Le dernier a pratiqué en deux jours et demi jusqu'à cinq saignées d'un kilogramme chacune, et Lisfranc a, en dix-neuf jours, fait dix-neuf saignées et prescrit 750 sangsues. Les sujets chez lesquels on a enlevé une si énorme quantité de sang ont guéri. Est-ce une raison pour regarder les émissions sanguines, et en particulier les émissions sanguines abondantes, comme très utiles dans le tétanos? On peut en douter. Combien de cas dans lesquels ces moyens sont restés sans effet! Quelques exemples de guérison ne suffisent pas pour établir solidement la valeur d'un moyen thérapeutique. Quoi qu'il en soit, constatons qu'on a principalement recours à la *saignée générale* et à l'application des *sangsues* le long du rachis.

Narcotiques. Parmi les narcotiques, il n'en est aucun qui ait été aussi généralement administré que l'*opium*, ou plutôt l'opium est presque le seul narcotique qui ait été prescrit. C'est toujours à haute dose qu'on a donné ce médicament. Je n'en finirais pas si je voulais énumérer les doses énormes qui ont été ordonnées par les divers médecins. Disons seulement que Monro a vu administrer jusqu'à six grammes d'opium en un jour; que le docteur Littleton (2) a guéri deux enfants de dix ans en prescrivant à l'un 30 grammes de *laudanum* liquide en un jour, et à l'autre 50 grammes d'*extrait d'opium* en douze heures. Il suffit de ces

(1) Voy. *Méningite spinale*, *Myélite*, etc.
(2) Voy. Trousseau et Pidoux, *Traité de thérap*. Paris, 1847, 3ᵉ édit.

exemples. Ce qu'il y a de remarquable dans la plupart des cas cités, c'est que, malgré ces doses si considérables, on n'a pas observé de narcotisme marqué; mais, suivant le docteur Bizard-Curling, ce n'est pas là une condition favorable. Cet auteur a remarqué, en effet, que lorsque l'opium a une utilité réelle, il produit un certain degré de narcotisme à peu près comme dans les autres affections.

L'administration de l'opium doit se faire par la bouche et par le rectum, et, d'après ce qui précède, on ne doit pas craindre d'en administrer tout d'abord une dose considérable (5 à 10 centigrammes toutes les deux heures ou même toutes les heures, si les accidents sont très graves), et d'augmenter rapidement cette quantité. C'est au médecin à surveiller l'emploi de ce médicament.

L'opium a été uni à d'autres substances. Ainsi le docteur Baldwin (1) veut qu'on l'associe au vin ammoniacal et qu'on l'administre en même temps que l'huile de térébenthine; mais rien ne prouve que cette association soit réellement utile. Dans un cas où cette affection était due à une cause traumatique, M. le docteur Herpin (2) associa l'opium au *sulfate de quinine*. Ce dernier médicament, donné d'abord à la dose de 1 gramme, fut ensuite donné chaque jour à celle de 0,60 grammes. Le malade guérit.

Le *tabac* donné en lavement sous forme de décoction ou de vapeurs a été également préconisé. M. Lavenne (3) est un de ceux qui en ont le plus vanté les heureux effets. La décoction doit être assez forte. On prescrira :

♃ Feuilles sèches de tabac........................ 30 gram.

Faites bouillir pendant dix minutes dans :

Eau commune................................ 400 gram.

Pour un lavement.

Lembert (4) rapporte deux cas de guérison par l'*acétate de morphine* administré par la méthode endermique. La dose de ce médicament doit être élevée comme celle de l'opium. Dans un cas de tétanos traumatique après une amputation, M. Thomassin (5) a employé en quinze jours jusqu'à trois grammes et demi d'acétate de morphine tant sur la plaie du moignon que sur des vésicatoires. Tout porte à croire, d'après ce que nous savons de l'administration de l'opium à l'intérieur, que cette dose peut être dépassée sans inconvénient. L'administration d'une forte dose se fait avec facilité en multipliant les vésicatoires.

Belladone. M. Lenoir (6) a obtenu plusieurs fois la guérison du tétanos traumatique à l'aide de la *belladone* et des *bains de vapeur*. Ce traitement peut être facilement appliqué au tétanos non traumatique.

Antispasmodiques. Les antispasmodiques n'ont pu être oubliés dans une affection de cette nature. Voici une formule recommandée par Fournier :

(1) *The Amer. Journ.*, 1833.
(2) *Gaz. des hôp.*, septembre 1852, et *Bull. gén. de thér.*, 30 octobre 1852.
(3) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1837.
(4) *Arch. gén. de méd.* Paris, 1828, t. XVII, p. 440.
(5) *Essai sur le tétanos traumatique*, thèse. Paris.
(6) *Union méd.*, 8 novembre 1849.

℞ Camphre............. } Musc............... }	ãã 4 gram.	Sucre..................... 4 gram.

Triturez ensemble dans un mortier de verre, et ajoutez peu à peu :

Infusion d'arnica......... 120 gram.	Eau de Luce.............. 8 gram.

A prendre par cuillerées, d'heure en heure.

Je pourrais encore citer l'*assa fœtida*, le *castoréum*, etc. ; mais il n'y aurait pas d'utilité réelle.

Inhalations de chloroforme. Bien que le *chloroforme* soit resté impuissant dans beaucoup de cas où il a été employé, c'est un moyen qu'il ne faut pas négliger, car dans d'autres il a eu une utilité incontestable. Je citerai ceux qui ont été observés par MM. Forget et Hergott (1), et qui nous font voir une amélioration constante à chaque inhalation, suivie au bout de quelque temps d'une guérison complète. En outre, M. le docteur Bargigly (2) cite un cas de tétanos traumatique très violent qui céda à des inhalations continuées de temps en temps de manière à rendre l'anesthésie constante pendant une heure ; et dans un autre cas rapporté par M. Baudon fils (3), l'effet curatif fut plus rapide ; mais depuis quelques jours le malade avait pris de fortes doses d'opium et surtout de belladone.

M. Morisseau (4), au lieu d'employer ce médicament en inhalations, l'employa *en frictions* dans un cas qui se termina par la guérison. Elles étaient faites trois fois par jour avec 20 grammes de chloroforme.

Tartre stibié à haute dose. On trouve dans les recueils de médecine quelques faits de guérison du tétanos par l'émétique à haute dose. Laënnec, qui a appliqué cette médication à un certain nombre de maladies, a cité deux cas où un tétanos spontané s'est terminé heureusement après l'usage de la potion stibiée qu'il employait dans la pneumonie (5). Un des plus remarquables parmi ces faits rapportés en faveur du tartre stibié, est celui qu'a publié le docteur Ogden (6). Après avoir administré, sans amendement dans les symptômes, 500 gouttes de teinture et 40 centigrammes d'extrait d'opium en vingt-quatre heures, ce médecin eut recours au tartre stibié administré ainsi qu'il suit :

℞ Émétique............. 0,15 gram.	Eau sucrée ou solution de si-
Teinture d'opium....... 50 gouttes.	rop de gomme.......... 1/2 verre.

Prendre cette dose toutes les deux heures.

Bientôt l'amélioration devint évidente, et des évacuations alvines abondantes ayant été provoquées par l'administration de *quatre gouttes d'huile de croton tiglium*, le malade se rétablit promptement.

Voilà encore des faits que nous devons consigner, parce que, dans une affection aussi redoutable, il faut tenir grand compte de tout ce qui a été tenté ; mais, on le voit, ils sont bien peu nombreux.

(1) *Bull. gen. de thér.*, février 1849.
(2) *Union méd.*, septembre 1852.
(3) *Bull. gén. de thér.*, 15 août 1851.
(4) *Bull. gén. de thér.*, 15 juillet 1851.
(5) Voy. l'article consacré à cette affection.
(6) *The Lond. med. and surg. Journ.*, 1836.

Mercuriaux. Les préparations mercurielles ont été administrées tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Trnka accordait au mercure plus d'efficacité qu'à l'opium lui-même. Young conseillait de donner le *deutochlorure de mercure* à une dose aussi élevée que l'estomac peut le supporter, et il a cité, en faveur de ce traitement, l'exemple d'un enfant de douze ans chez lequel les convulsions tétaniques cessèrent aussitôt que se montra la salivation. Les *frictions mercurielles* ont été plus fréquemment employées; elles ont été notamment mises en usage par M'Gregor (1) et par M. Forget (2). Ce dernier, après avoir mis inutilement en usage plusieurs des moyens précédents, eut recours à des frictions dans lesquelles on employait 30 grammes d'onguent mercuriel par jour, et le malade se rétablit.

Le *calomel* a été vanté par une multitude d'auteurs, parmi lesquels je signalerai Trnka, Monro, Stark, Pitschaft, Hildenbrand et Wendt (3). Ce dernier dit avoir employé ce médicament avec un succès constant.

Nous n'avons pas de renseignements suffisants pour juger d'une manière définitive la valeur des préparations mercurielles dans le traitement du tétanos; mais nous pouvons citer des relevés statistiques de M. Blizard-Curling qui sont de nature à inspirer beaucoup de doutes sur leur efficacité. Cet auteur a trouvé que, dans 31 cas où la maladie se termina par la mort, le mercure avait été administré seul onze fois, tandis que, dans 24 cas de guérison, deux fois seulement on s'était borné à faire exclusivement usage de cet agent thérapeutique.

Sudorifiques. Les sudorifiques sont recommandés particulièrement dans les cas de tétanos spontané et lorsqu'on a quelque raison de penser que la maladie est due à la suppression de la transpiration. Trnka, les docteurs Fournier-Pescay et Fritz ont cité des exemples de guérison par ce moyen. On prescrit, dans le but d'exciter la sueur, les *boissons chaudes et abondantes*, l'infusion de bourrache, de sureau, le *carbonate d'ammoniaque*, etc. A. Bérard et M. Denonvilliers recommandent particulièrement les *bains de vapeur*, en faveur desquels MM. Campaignac (4) et Pétrequin (5) ont rapporté des exemples de guérison. Observons encore que ces exemples sont très peu nombreux et qu'on a employé l'opium concurremment avec les bains de vapeur.

Alcalins. Le docteur Stütz (6) a recommandé vivement un traitement particulier qui a été mis en usage en Allemagne par plusieurs praticiens. Voici en quoi consiste ce traitement :

1° Tous les jours un bain avec la *lessive de cendres ordinaires*, à laquelle on ajoute :

Potasse caustique........................ de 30 à 60 gram.

2° Donner au malade la potion suivante :

℞ Eau distillée............	150 gram.	Sirop de sucre............	35 gram.
Carbonate de potasse......	8 gram.		

Mêlez. A prendre en six fois dans la journée, à des intervalles égaux.

(1) *The Edinb. med. and surg. Journ.*, 1805.
(2) *Bull. gén. de thér.*, octobre 1836.
(3) Voy. *Journ. comp. des sciences méd.*, t. XXIX.
(4) *Journ. hebd. de méd.* Paris, 1829, t. V, p. 47.
(5) *Bull. gén. de thérap.*, 1836.
(6) *Hufeland's Journ.*, 1810.

Le jour suivant, on met dans la potion 12 grammes de carbonate de potasse, et l'on peut élever la dose jusqu'à 16 grammes.

3° On administre concurremment l'*opium à haute dose*, en faisant alterner cette administration avec celle de la potion alcaline.

On voit que ce traitement n'est pas simple. On y trouve un médicament dont l'efficacité est généralement admise : l'opium à haute dose ; comment dès lors savoir quelle est la part réelle des alcalins, dans les cas où on l'a employé ? Les faits de guérison qu'on a cités en faveur de cette médication ne sont pas de nature à dissiper les doutes qu'on doit nécessairement concevoir à ce sujet.

Révulsifs. Un bon nombre d'auteurs, et en particulier ceux qui attribuent le tétanos à une affection de la moelle épinière, ont vivement conseillé les topiques irritants le long de la colonne vertébrale. Ainsi les *vésicatoires*, les *frictions irritantes*, le *cautère objectif.* Ce dernier moyen a été mis en usage par le docteur Pochen. Ce médecin promenait, à une petite distance de la colonne vertébrale, depuis l'occiput jusqu'au sacrum, un *fer chaud*, et répétait cette manœuvre d'abord tous les quarts d'heure, puis à des intervalles plus grands.

Bains froids; affusions froides. On a recommandé les bains froids dès une haute antiquité. Les médecins qui les ont mis en usage sont nombreux, et c'est presque exclusivement dans le tétanos spontané qu'on les a conseillés. Je citerai principalement ici Wright, qui, pratiquant dans les Indes, a vu employer fréquemment ce moyen, que nous retrouvons dans presque toutes les affections nerveuses. Pour les bains froids et les affusions, on donne la préférence à l'eau de mer, quand la chose est possible. Après avoir plongé le malade dans l'eau, ou lui avoir jeté plusieurs seaux d'eau sur le corps, on doit l'essuyer promptement et le remettre dans un lit chaud, en ayant soin néanmoins qu'il soit modérément couvert. La même manœuvre doit être répétée au bout de trois ou quatre heures, jusqu'à ce que l'amendement des symptômes devienne notable. Ce qui vient jeter des doutes sur l'efficacité de ce traitement comme sur les précédents, c'est que, dans les cas où on l'a employé, on a eu presque toujours recours à de fortes doses d'opium qui ont bien pu par elles-mêmes procurer l'amélioration ou la guérison qu'on a attribuée à l'action de l'eau froide sur le corps.

Moyens divers. Je viens de passer en revue les principales médications proposées contre le tétanos. Il serait beaucoup trop long d'insister sur les autres moyens mis en usage par les nombreux auteurs qui se sont occupés de cette maladie. L'indication suivante suffit : On a eu recours à l'*acupuncture* (Delsignore), à l'*électricité* (Trnka, etc.), aux *toniques*, aux *ferrugineux*, à l'administration de l'*ammoniaque* (Fournier-Pescay), de la *teinture de cantharides* (Gilmore), de l'*arsenic* (Hull), de l'*huile de térébenthine* (Hutchinson, etc.), du baume du Pérou (Kollock), des *purgatifs drastiques* (Wright, Boyer, Lawrence, etc., etc.), de l'*acide prussique*, du *zinc*, etc. Il est évident que nous ne pouvons avoir que des données bien incertaines sur cette multitude de remèdes. M. Bishop (1) a rapporté un cas dans lequel le *sulfate de quinine* administré à la dose de 75 centigrammes par jour fit disparaître les symptômes d'un tétanos traumatique intense.

(1) *New-York Journ. of med.*, et *Bull. gén. de thérap.*, novembre 1849.

On trouve dans les journaux allemands et anglais un assez bon nombre de cas de tétanos traumatique guéris par le *haschisch*.

Régime. Le tétanos essentiel n'étant pas une maladie ordinairement fébrile, on n'a généralement pas conseillé un *régime très sévère*. C'est ainsi que, même alors que les symptômes convulsifs sont portés au plus haut degré, on accorde au malade des bouillons et même d'autres aliments liquides; cependant dans la grande majorité des cas, on ne commence à nourrir le malade que lorsqu'il manifeste lui-même le désir de prendre des aliments, et assez souvent, ainsi que nous l'avons vu plus haut, on a de la peine à y parvenir.

Résumé. Il ressort de tout ce qui vient d'être dit que, pour nous fixer sur la valeur des divers traitements du tétanos, il nous faudrait des recherches faites sur une plus grande échelle. Ce ne sont, en effet, que des cas isolés de guérison, sans qu'on puisse suivre l'action des médicaments dans les divers cas qui se présentent à l'observation. Il faut faire néanmoins une exception en faveur du travail de M. Blizard-Curling, qui a senti la nécessité d'analyser un nombre considérable de faits; c'est là un exemple qu'il est à désirer de voir suivre, car on comprend qu'il est nécessaire d'avoir des recherches multipliées quand il s'agit de résoudre des questions aussi difficiles. Une autre cause d'incertitude, c'est la négligence qu'on a mise à distinguer, dans l'appréciation des moyens thérapeutiques, les cas de nature différente, ou qui ont été produits par des causes diverses. On doit donc engager vivement ceux qui se livreront à de semblables recherches à ne jamais manquer d'examiner l'action des médicaments dans les diverses catégories de faits.

On sent bien qu'il n'y aurait aucune utilité à formuler en ordonnances un traitement qui se compose de tant de médications distinctes. Disons seulement ici que les cas les plus nombreux de guérison se sont montrés après l'administration de l'opium à haute dose, et que c'est par conséquent cette substance qu'on doit placer en première ligne dans la médication interne.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; narcotiques; antispasmodiques; inhalations de chloroforme; tartre stibié à haute dose; mercuriaux; sudorifiques; alcalins; traitement de Stütz; révulsifs; bains froids; affusions froides; moyens divers; régime.

ARTICLE XI.

CHORÉE.

Si l'on en croit J. Frank (1), la connaissance de cette maladie remonterait à Hippocrate (2), et Galien en aurait donné une description claire, sous le nom de *scélotyrbe;* mais les passages que cite cet auteur ne sont pas de nature à faire partager cette manière de voir, car, dans celui qu'il emprunte à Hippocrate, il n'est évidemment question que de la paralysie du rectum et de la vessie, et celui de Galien se rapporte bien plutôt à la paraplégie qu'à la chorée. Paracelse (3) a eu,

(1) *Prax. med.*, pars. sec., vol. I, sect. 2, *De chorea Sancti-Viti*. Lipsiæ, 1841.

(2) *Œuvres compl. d'Hippocrate*, trad. par E. Littré. Paris, 1846, t. V, p. 588, *Prénotions coaques*.

(3) *Opera*, t. I.

par conséquent, raison de dire que, avant lui, cette affection ne se trouvait décrite nulle part. Mais il faut arriver à Sydenham (1) pour avoir une exposition vraiment scientifique des symptômes de la chorée, et c'est seulement en 1810 que Bouteille, en France (2), et Bernt, en Allemagne (3), en donnèrent une description complète, bien que cette maladie eût déjà été le sujet de nombreuses publications. Depuis, des auteurs plus nombreux encore se sont occupés de la chorée ; je me contenterai d'indiquer, parmi les plus récents, MM. Blache (4), Rufz (5), dont le travail est très précieux, parce qu'il résulte d'une analyse exacte et méthodique d'un nombre important de faits ; Dufossé (6), MM. Rilliet et Barthez (7), qui ont consacré à cette affection un article important de leur ouvrage, et M. Sée (8), dont le mémoire, plein de faits observés avec soin, a été couronné par l'Académie de médecine. Ces divers travaux nous fourniront d'excellents documents pour la description qui va suivre.

On n'a proposé, relativement à la chorée, qu'une seule division qui mérite d'être indiquée ; c'est celle qui a été établie par Bouteille. Cet auteur veut qu'on distingue une *chorée essentielle* (proto-pathica), une *chorée secondaire* (deutero-pathica), et une *chorée fausse* (pseudo-pathica). Cette dernière espèce n'a pas été admise, parce qu'elle ne se rapporte qu'à des états pathologiques qui n'ont autre chose que l'apparence de la chorée. Quant aux deux premières espèces, on peut, avec MM. Rilliet et Barthez, leur accorder plus d'importance, mais il n'y a aucun motif de consacrer une description spéciale à chacune d'elles ; il suffit de mentionner, dans le cours de cet article, les particularités que présente la maladie suivant les cas.

Il y a quelque temps, M. Rubini (9) a décrit, sous le nom de *chorée électrique*, des convulsions irrégulières qui se manifestent particulièrement chez les jeunes filles robustes de cinq à vingt ans, mais qui peuvent se montrer aussi chez des hommes et chez des femmes. Je ne crois pas que ce soit là une véritable chorée : ce sont des convulsions encore peu connues, et pour la description desquelles il faut attendre de nouveaux documents.

Je ne parle pas ici de la *chorée inflammatoire*, de la *chorée rhumatismale*, etc., que plusieurs auteurs ont particulièrement distinguées ; ce sont des distinctions fondées sur la cause ou la nature présumée de la maladie dans les divers cas, et il suffit de s'en occuper à l'occasion de l'étiologie et du traitement.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La chorée est une maladie caractérisée par des contractions involontaires très irrégulières et revenant à des intervalles variables, des divers muscles du corps, et

(1) *Sched. monit. de nov. febris ingr.*
(2) *Traité de la chorée ou danse de Saint-Guy.* Paris, 1810.
(3) *Monographia choreæ Sancti-Viti.* Prague, 1810.
(4) *Dict. de méd.*, art. CHORÉE.
(5) *Rech. sur quelques points de l'hist. de la chorée chez les enfants* (*Arch. gén. de méd.*, 1834).
(6) *Dissert. inaug.*
(7) *Traité des maladies des enfants*, art. CHORÉE.
(8) *De la chorée. Rapport du rhumatisme et des maladies du cœur avec les affections nerveuses et convulsives* (*Mém. de l'Acad. imp. de méd.* Paris, 1850, t. XV, p. 373 à 525).
(9) *Mémoire lu au septième congrès des savants italiens* (*Union méd.*, 19 février 1847).

principalement de ceux des membres, ce qui fait faire au malade des mouvements désordonnés et très gênants.

On a donné à cette affection beaucoup de noms se rapportant tous aux mouvements des membres inférieurs qui imitent une danse irrégulière : ainsi, *danse de Saint-Witt* ou *de Saint-Guy*, *clonus chorea*, *choreomania*, *saltatio Sancti-Viti*, *epilepsia saltatoria*, *ballismus*. Cette affection ne laisse pas d'être fréquente. Nous verrons plus loin qu'elle se montre plus particulièrement dans l'enfance.

§ II. — Causes.

Personne n'a aussi bien que M. Rufz recherché les causes de cette affection chez les enfants. Nous aurons donc à suivre en grande partie son travail relativement à l'étiologie. Quant aux causes qui déterminent la maladie chez les adultes, il sera bien plus difficile de les indiquer d'une manière précise, parce que l'affection se montrant rarement à cet âge, on n'a très fréquemment à considérer que des cas isolés.

1° Causes prédisposantes.

Age. Ainsi que je l'ai dit plus haut, l'âge a une influence très marquée sur la production de la maladie ; mais ce n'est pas dans le plus jeune âge qu'elle se manifeste : ainsi on ne l'a pas observée chez les enfants nouveau-nés, du moins c'est ce qui résulte des travaux de tous les auteurs qui se sont occupés des maladies de la première enfance, et qui ont regardé comme de simples mouvements choréiformes certains mouvements désordonnés, observés chez des enfants naissants (Monod), ou âgés de quelques mois (Simon) (1). De un à six ans, d'après les relevés de M. Rufz, elle est très rare, puisque, sur 189 malades, il ne s'en est trouvé que 10 de cet âge ; de six à dix ans, la fréquence de la maladie augmente considérablement, car, sur le nombre indiqué plus haut, cette période a fourni 61 malades ; enfin, de dix à quinze ans, la fréquence est portée au plus haut degré, puisqu'on a trouvé dans cette période 118 sujets affectés. Il résulte des recherches de M. Eisenmann (2) que cette dernière augmentation de proportion porte principalement sur le sexe féminin, ce qui fait penser que la puberté chez les femmes a une grande influence sur le développement de la maladie ; mais cette opinion, qui était celle de Sydenham, Cullen, Stoll, Pinel, se trouve infirmée par les recherches de M. Sée, qui s'est assuré que le début de la maladie remonte le plus souvent à l'âge de dix et de onze ans. La fréquence de la chorée va ensuite en décroissant à mesure que l'on avance en âge, et c'est alors surtout qu'on observe ces cas douteux admis par certains auteurs, et qui jettent beaucoup d'obscurité dans les descriptions.

Sexe. L'influence du sexe n'est pas moins remarquable : chez les sujets dont les observations ont été consultées par M. Rufz, on trouve 51 garçons et 138 filles. La même prédominance du sexe féminin a été constatée aux autres âges par presque tous les auteurs.

Puberté. La maladie étant, comme on vient de le voir, notablement plus fréquente aux environs de la puberté qu'aux autres âges de l'enfance, on a regardé la

(1) Voy. *Bull. de thér.*, 1847.

(2) *Rech. sur quelques points de la chorée* (*Jahresbericht für die Fortschritte der ges. Med.*, et *Union méd.*, 19 février 1848).

modification qui survient de cette époque dans l'organisme comme la cause prédisposante par excellence. Telle est, en particulier, la manière de voir de Bouteille, de Cullen et de Sydenham ; mais M. Rufz fait observer que la maladie ne laisse pas d'être fréquente de six à dix ans, c'est-à-dire, à une époque encore éloignée de la puberté ; d'ailleurs il faut remarquer que, si cette explication peut être donnée quand il s'agit des jeunes filles, il n'en est plus de même relativement aux jeunes garçons, chez lesquels l'époque de la puberté arrive un peu plus tard, et enfin nous avons vu plus haut le résultat des recherches de M. Sée, qui est contraire à cette opinion.

Constitution. « De 18 enfants, dit M. Rufz, chez lesquels la constitution a été notée avec soin, nous trouvons que 15 sont plutôt maigres que gras, plutôt faibles que forts ; 3 jeunes filles de treize à seize ans étaient évidemment robustes ; la plupart des enfants étaient blonds ou châtains, et deux étaient très bruns. »

Hérédité. Dans les cas observés par M. Rufz, l'hérédité était loin d'être évidente, car, sur 18 sujets, il n'a rencontré que deux fois deux choréiques dans la même famille; mais d'autres auteurs ont cité quelques faits un peu plus remarquables. Ainsi, le docteur Stiebel (1) parle de plusieurs familles dans lesquelles la chorée était fréquente. En somme, il résulte des recherches de la plupart des auteurs, que l'influence de l'hérédité est très peu considérable. MM. Rilliet et Barthez, en particulier, n'en ont jamais constaté un seul exemple.

Mais M. Sée (2), ayant examiné les faits avec plus d'attention et sous tous les points de vue, a trouvé que si la chorée elle-même se transmet très rarement, il n'en est plus de même du rhumatisme qui, suivant ses recherches, est la cause principale de la chorée. On voit, en effet, dans les cas qu'il a recueillis, des rhumatisants avoir des enfants choréiques, ceux-ci en avoir de rhumatisants, et de cette manière ce serait le principe de la maladie, et non l'affection elle-même, qui serait transmis. De nouvelles recherches sur ce point seraient utiles à la science.

Saisons ; climats. « Nous avons vu, disent les auteurs que je viens de citer, la danse de Saint-Guy débuter dans toutes les saisons, mais plus fréquemment en été, résultat analogue à celui auquel est arrivé M. Rufz. Du reste, d'après les recherches de ce médecin, il ne paraît pas que le climat exerce la même influence que la saison, puisque la chorée, presque inconnue dans les climats très chauds, est au contraire fréquente dans les régions septentrionales. »

Les recherches de M. Sée, et après lui celles de M. Botrel (3), ont complétement confirmé ce résultat. M. Sée a en outre constaté que l'*habitation dans un lieu bas et humide* est une cause prédisposante dont l'action est incontestable.

Telles sont les causes prédisposantes dont il nous est permis d'apprécier l'influence. Je me bornerai à indiquer, pour terminer, quelques autres causes admises par divers auteurs, mais sans que nous trouvions des preuves convaincantes à l'appui de leur existence. Ainsi on a cité les *études prématurées*, une *éducation efféminée* (Bernt), les *vices scrofuleux* et *rachitique* (Jaeger), et d'autres influences plus hypothétiques encore.

(1) *Casper's Wogenschrift*, 1836.
(2) *Loc. cit.*
(3) *De la chorée considérée comme affection rhumatismale*, thèse. Paris, 1850.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, celle qu'on doit citer en première ligne est sans contredit la *frayeur ;* mais les parents ont une trop grande tendance à attribuer la chorée à cette cause morale. Sur les 18 malades observés par M. Rufz, onze fois les parents regardaient la peur comme la cause de la maladie; mais en y regardant de plus près, on s'aperçoit que, assez fréquemment, cette opinion n'est pas soutenable, et Guersant pense que, dans un bon nombre de cas, si les petits malades ont manifesté de la frayeur, c'est que déjà ils étaient fortement disposés à la maladie, ou même en présentaient de légers symptômes.

« Les *accès violents de colère*, disent Guersant et M. Blache (1), les *grandes contrariétés*, la *jalousie*, la *masturbation*, la *suppression des règles*, ont paru plusieurs fois déterminer l'apparition de cette maladie. » Georget (2) dit aussi qu'on l'a observée quelquefois à la suite des attaques d'*épilepsie* et d'*hystérie*.

Coups; chute. Bouteille a rapporté deux cas dans lesquels la chorée s'est manifestée à la suite d'une *contusion à la tête* (coups, chute) ; mais les auteurs récents, qui ont étudié ce point d'étiologie avec un grand soin, n'ont pas observé de faits semblables. MM. Rilliet et Barthez disent que, dans un cas seulement, ils ont pu soupçonner un coup reçu sur la tempe d'avoir occasionné la maladie.

Suivant Guersant, la chorée se développe, dans un certain nombre de cas, soit dans le cours d'une *affection occupant le tube intestinal*, soit immédiatement après. Ces cas sont du genre de ceux que Bouteille rangeait dans l'espèce désignée sous le nom de *deutero-pathica*.

Un nombre considérable d'auteurs ont attribué la chorée à la présence des vers dans les intestins ; mais M. Blache n'a jamais constaté l'existence des entozoaires dans les cas soumis à son observation, et de plus il rappelle que maintes fois on a pu expulser des vers en assez grande quantité sans pour cela faire cesser les symptômes de la chorée.

Imitation. Cette cause a été admise par beaucoup de médecins du siècle dernier. On a regardé comme une chorée cette affection nerveuse qui se propageait dans l'hôpital de Harlem, avec une facilité si grande, que Boerhaave fut obligé de menacer les enfants de se servir du cautère actuel pour faire cesser cette espèce d'épidémie; mais est-il certain que ce fût la chorée ? Ce dont on ne peut douter, c'est qu'aucun des auteurs qui ont étudié les faits avec attention et avec une connaissance entière de la maladie, n'a vu un exemple évident de chorée par imitation, bien qu'ils aient observé dans des hôpitaux où les enfants choréiques sont pêle-mêle avec les autres malades.

Les causes occasionnelles que je viens de passer en revue sont les plus importantes. J. Frank, consultant un nombre très considérable d'auteurs, en a signalé encore beaucoup d'autres; mais il ne faut qu'un coup d'œil jeté sur le passage où il traite des causes déterminantes, pour s'assurer que très souvent les auteurs qu'il a consultés ont fait des erreurs de diagnostic et ont pris pour la chorée d'autres affections nerveuses, telles que les convulsions causées par la *dentition*, le trem-

(1) *Loc. cit.*
(2) *Dict. de méd.*, 1re édit.

blement déterminé par le *mercure*, la paralysie causée par le *plomb*, les accidents nerveux produits par la *morsure de certains animaux venimeux*.

Viennent ensuite d'autres causes dont il est à peine nécessaire de parler, tant elles sont banales. Ce sont la *suppression de la sueur des pieds*, la *suppression trop rapide des ulcères*, des *maladies de la peau*, de *divers flux*, etc.

Mais il reste une autre cause dont il importe de dire un mot : c'est l'*influence épidémique*. Tout le monde connaît les épidémies citées par Mézeray, Cullen, et le docteur Hecker (1) ; mais il est douteux que la plupart d'entre elles puissent être rapportées à la chorée plutôt qu'à d'autres affections nerveuses. Ce qu'il y a de certain, c'est que les auteurs les plus récents n'ont rien observé qui ressemblât à une épidémie.

Je ne parlerai pas ici des conditions organiques qui ont été citées par quelques auteurs sous le titre de *causes prochaines de la chorée ;* il sera temps de dire ce qu'il faut en penser lorsque nous nous occuperons des lésions anatomiques qu'on a attribuées à cette affection.

Rhumatisme. Mais il est une question d'étiologie qui, dans ces dernières années, a pris une très grande importance, et qu'il est nécessaire d'examiner avec attention. J'ai dit plus haut qu'on avait cité des exemples de *chorée rhumatismale ;* aujourd'hui on va beaucoup plus loin, car d'après les recherches de MM. Sée, Hughes et Botrel, non seulement il y aurait des cas où la chorée serait de nature rhumatismale, mais cette maladie serait, dans l'immense majorité des cas du moins, sous la dépendance immédiate du rhumatisme, ou, en d'autres termes, elle serait une manifestation particulière du vice rhumatismal. C'est sur des recherches nombreuses et faites avec grand soin que ces médecins se sont fondés, et les observations qu'ils ont recueillies ont été scrupuleusement analysées, sous ce point de vue.

Mais, parmi leurs travaux, il faut placer en première ligne celui de M. Sée (2), qui a le double mérite d'avoir le premier reconnu cette influence si grande du rhumatisme, et d'avoir mieux que personne approfondi ce sujet intéressant. Déjà, sans doute des faits de chorée succédant au rhumatisme ou coïncidant avec lui, avaient été publiés par Stoll, Bouteille, Copland, etc., et M. Bright (3), avec sa sagacité ordinaire, avait entrevu le rapport de la chorée et du rhumatisme ; mais il restait à généraliser le fait, et c'est la tâche qu'a remplie M. Sée, à l'aide d'une analyse exacte de 128 cas de chorée soigneusement observés, et dans lesquels il a vu la chorée succéder, dans la grande majorité des cas, au rhumatisme articulaire ou coïncider avec lui, ou enfin le précéder de peu de temps. Aussi pour lui la chorée n'est-elle autre chose que l'expression symptomatique du rhumatisme fixé sur le système nerveux. Les recherches de M. Hughes l'ont conduit aux mêmes conclusions.

Quant à M. Botrel (4), il n'a, sur 82 cas qu'il a rassemblés, vu manquer la cause rhumatismale que 13 fois, ou plutôt les renseignements ont été insuffisants ; car 4 fois seulement, il lui a été affirmé que les malades n'avaient pas eu de rhumatisme.

L'opinion des médecins que je viens de citer mérite, comme on le voit, d'être

(1) *Ann. d'hygiène publique et de méd. légale.* Paris, 1834, t. XII, p. 312.
(2) *De la chorée. Rapports du rhumatisme et des maladies du cœur avec les affections convulsives*, mémoire couronné (*Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XV, 1850).
(3) *Med.-chir. Trans. of London*, 2ᵉ série. Londres, 1839, t. IV, p. 1.
(4) *Loc. cit.*



prise en grande considération, et nous fait envisager la chorée sous un nouveau point de vue.

M. le docteur Begbie (1) a cité des faits en faveur de la relation qui existe entre le rhumatisme et la chorée.

M. Gabb (2) a également rapporté un cas dans lequel la *coïncidence de cette maladie et du rhumatisme articulaire aigu* est des plus remarquables, et les faits de ce genre tendent à se multiplier.

Dans les cas recueillis par M. Eisenmann (3), au contraire, le *rhumatisme* n'a été noté qu'un très petit nombre de fois, et cependant cet auteur attache une grande importance à cette cause.

§ III. — Symptômes.

Il faut diviser, pour la description des symptômes, la chorée en générale et en partielle. Pour ces deux variétés, le début est ordinairement le même, de telle sorte qu'on ne peut pas prévoir d'avance si elle occupera toutes les parties du corps, ou si elle restera bornée à quelques unes.

Prodromes. On a cité un certain nombre de phénomènes précurseurs que quelques auteurs, et en particulier Copland, regardent comme à peu près constants, tandis que beaucoup d'autres les considèrent comme assez rares. Ces phénomènes sont une irascibilité plus ou moins grande, du malaise, de l'abattement, des troubles digestifs consistant principalement dans le dérangement de l'appétit et dans la constipation. Dans un cas, MM. Rilliet et Barthez ont constaté l'existence de vomissements et d'un peu de diarrhée pendant huit jours avant le développement de la chorée; mais ces mêmes auteurs, ainsi que MM. Rufz, Blache et Guersant, ont noté, d'apprès un interrogatoire attentif, qu'en général l'affection débute sans prodromes par le trouble des mouvements qui va être décrit.

Début. Le début, qui consiste, comme je viens de le dire, dans une certaine perturbation des mouvements, se fait remarquer par une agitation bornée soit à un membre (ordinairement un des deux membres supérieurs), soit à deux membres à la fois, soit même seulement aux doigts d'une main. Il est ordinaire de voir en même temps, ou peu de temps après, quelques mouvements irréguliers de la face, d'où résultent des grimaces passagères pour lesquelles les enfants sont bien souvent punis. Au bout d'un temps variable, la perturbation des mouvements augmente en intensité et en étendue, et la maladie est confirmée. On a cité quelques cas dans lesquels presque toutes les parties du corps ont présenté, dès le début, des convulsions choréiques, mais ces cas sont de beaucoup les plus rares.

Symptômes de la chorée générale. Le symptôme capital est le trouble singulier que présente la motilité. Les *mouvements involontaires* sont si irréguliers, qu'il est difficile de les faire entrer dans une description méthodique. Pour tâcher d'y parvenir, il faut nécessairement passer en revue les diverses parties du corps.

Du côté des membres supérieurs, on voit les doigts s'agiter d'une manière très variable. Pour bien constater ce phénomène, il faut faire placer la main, étendue et

(1) *Monthly Journ. of med. sciences*, avril 1847.
(2) *Provincial medical and surgical Journal*, 1848.
(3) *Loc. cit.*

en pronation, sur un plan solide ; on voit alors les doigts se fléchir, s'étendre, se rapprocher, se porter l'un sur l'autre, s'écarter de la manière la plus diverse. Par le même moyen on constate les contractions involontaires des muscles de l'avant-bras et du bras, car la main se trouve tantôt fléchie, tantôt étendue, tantôt portée en supination, pour être ensuite brusquement ramenée en pronation ; puis tout à coup la main quitte le plan sur lequel elle reposait, l'avant-bras se fléchit, et un moment après il s'étend de nouveau. Lorsque la chorée est portée à un haut degré, les mouvements involontaires des muscles du bras et de l'épaule deviennent très marqués, et le membre est projeté irrégulièrement dans une grande étendue : ainsi la main est portée vivement derrière la tête, puis ramenée le long du corps, ou bien le bras s'étend brusquement ; il en résulte des gesticulations ridicules. Un très bon moyen pour juger de l'étendue des contractions involontaires des muscles des membres supérieurs consiste à faire boire les malades : il y a d'abord de l'hésitation, de la maladresse dans la manière dont ils saisissent le verre ; puis, quand ils l'ont saisi, au lieu de le porter directement à leur bouche, ils font des écarts à droite et à gauche, en haut et en bas, ils le rapprochent, puis l'éloignent tout à coup, jusqu'à ce qu'enfin, après des tergiversations plus ou moins nombreuses, ils le portent à leur bouche, le saisissent avec les dents pour le fixer, et le vident presque d'un seul trait. Si les malades veulent prendre, sur un plan vertical, un objet délié, comme une épingle, ils s'en approchent, s'en éloignent, et finissent par le prendre brusquement dans l'intervalle de deux convulsions.

Les *troubles de la motilité des membres inférieurs* se font d'abord remarquer dans la station ; les jambes se fléchissent, s'écartent tour à tour de la verticale, sont agitées de mouvements divers. La progression est encore assez facile, mais bientôt elle devient difficile, parce que les contractions involontaires surprenant les malades au moment où ils vont poser le pied par terre, il y a constamment imminence de la perte de l'équilibre. Puis enfin, au bout d'un certain temps, ils bronchent presque à chaque pas, et la maladie faisant des progrès, ils finissent par présenter une démarche singulière et ridicule que Sydenham a comparée à celle des idiots, et un sautillement irrégulier, d'où cette apparence de danse qui a fait donner son nom à la maladie. A un degré plus avancé, les malades tombent fréquemment pendant la progression, et, plus tard encore, ils sont forcés de rester couchés. Alors, si on les examine au lit, on voit que les membres inférieurs, comme les supérieurs, sont agités de mouvements désordonnés.

Les muscles de *la face* participant à la maladie, il en résulte des contractions qui font grimacer fortement le visage ; c'est un tic, une espèce de rire sardonique, un spasme cynique, enfin des convulsions ressemblant assez à celles que nous avons décrites dans l'article *Convulsion de la face*, mais plus désordonnées encore. Dans les cas les plus graves, « les *yeux*, suivant la description de M. Rufz, sont dans une rotation continuelle : les *lèvres* sont fermées ou béantes ; le malade tire la langue involontairement. Toute la face est dans une grimace continuelle. »

Ces convulsions s'étendent souvent aux *muscles du cou*, et la tête est alternativement portée dans divers sens. J. Frank rapporte l'exemple d'un Polonais qui avait des contractions du cou tellement fortes, que la tête venait brusquement toucher l'épaule. « J'ai vu, dit M. Blache, des enfants chez lesquels la fréquence de ces mouvements avait occasionné des excoriations à la partie postérieure de la

tête. « Suivant le même auteur, ces excoriations peuvent se trouver sur le tronc et sur toutes les grandes articulations, et elles sont le résultat des grands mouvements convulsifs dans ces diverses parties.

» Lorsque, ajoute M. Blache, la chorée affecte les muscles de la *langue* et du larynx, il existe une difficulté plus ou moins grande dans l'exercice de la *parole;* quelques malades bégaient ou balbutient; il en est qui ne peuvent articuler un seul mot; enfin on en voit qui font entendre une sorte d'aboiement comparable à celui du chien. J'ai observé en 1821, à l'hôpital des Enfants, un jeune enfant qui présentait ce phénomène remarquable, et je donne actuellement des soins à une jeune fille de huit à neuf ans chez laquelle on remarque quelque chose d'analogue, les mouvements choréiques étant d'ailleurs bornés, dans ce cas, aux muscles du larynx. »

Le *tronc*, dans les cas où la maladie présente une certaine intensité, participe à cette perturbation des mouvements, et de là des inflexions variables, une agitation presque continuelle du corps, qui, dans l'état de veille, ne laisse presque aucun repos aux malades. Ces mouvements involontaires sont quelquefois portés à un tel degré que les enfants tomberaient si on ne les attachait dans leur lit.

Cette perturbation des mouvements, cette agitation choréique, augmente ordinairement d'intensité lorsque les malades, presque toujours timides et irritables, s'aperçoivent qu'ils sont examinés avec curiosité. Les émotions morales de toute nature ajoutent aussi à la fréquence et à l'étendue des convulsions.

Pendant le sommeil des malades, on voit ordinairement leurs convulsions cesser d'une manière complète. Lorsque la maladie est portée au plus haut degré, l'agitation se continue pendant la nuit, mais c'est en général parce que les malades ont un sommeil interrompu, et que les convulsions se produisent dans tous les intervalles de réveil. Dans tous les cas, les convulsions se montrent presque immédiatement après le réveil, et parfois, ainsi que l'a remarqué M. Rufz, le réveil est précédé du retour des mouvements involontaires.

Suivant la remarque de M. Rufz, et après lui de M. Blache, les variations atmosphériques ne paraissent pas apporter de différences notables dans les mouvements choréiques; mais cette proposition n'étant pas présentée d'une manière très positive, il serait bon que de nouvelles recherches fussent faites sur ce point.

Au trouble de la motilité, dit M. Rufz dont le travail mérite d'être à chaque instant cité, se joint un trouble aussi remarquable de la *sensibilité morale ;* à mesure que les malades s'agitent, ils pleurent, poussent des cris, s'épouvantent aux moindres surprises. » On voit que ces symptômes, que nous avons signalés comme phénomènes précurseurs, loin de se dissiper lorsque la maladie fait des progrès, font au contraire des progrès avec elle.

Bouteille a rangé parmi les symptômes de la chorée un certain degré d'*affaiblissement de l'intelligence*, et même un commencement d'imbécillité ; mais MM. Rufz et Blache, qui ont fixé leur attention sur ce point, se sont assurés que cette assertion est inexacte relativement à la chorée récente. M. Rufz a entendu dire que les enfants affectés de cette maladie sont plus capricieux et plus difficiles à gouverner que les autres, ce que l'on pouvait facilement prévoir d'après ce que j'ai dit plus haut; mais de là à un affaiblissement de l'intelligence, il y a loin. Bouteille aura sans doute été trompé par des coïncidences, ou aura eu en vue des cas de chorée chronique semblables à ceux qu'a cités M. Rufz, et dans lesquels il y avait un peu d'i-

diotie. Mais encore, dans ces cas, l'idiotie était-elle un symptôme, un résultat de la chorée ?

La chorée *n'est pas une affection douloureuse.* Il est constant que toutes ces contractions désordonnées se font non seulement sans aucune douleur, mais encore sans fatigue. Suivant quelques auteurs, cependant, il existerait de la douleur, si ce n'est dans tous les cas, du moins dans la majorité. Selon Lisfranc et M. Serres (1), il y aurait une douleur plus ou moins vive à la partie postérieure et inférieure du crâne ; mais cette opinion, émise à une époque où la localisation des facultés cérébrales préoccupait les esprits, a été reconnue complétement inexacte par l'observation ultérieure. M. Blache a fait à ce sujet une remarque importante, et qui prouve que les auteurs précédents se sont laissé tromper par des coïncidences. Les enfants choréiques peuvent présenter de la céphalalgie comme les autres ; mais, et c'est un fait qu'avait déjà noté le docteur Elliotson, cette céphalalgie se dissipe d'elle-même ou cède facilement aux émissions sanguines locales, sans que la maladie en soit le moins du monde modifiée.

Bien que quelques auteurs aient voulu rattacher à la chorée un certain nombre d'autres symptômes, comme la *cardialgie*, les *palpitations*, la *dysurie*, etc., je ne m'en occuperai pas, parce qu'évidemment ils n'appartiennent pas à cette maladie. Il n'est pas, en effet, un seul cas de chorée simple où l'on en ait constaté l'existence, et, de plus, tous les auteurs s'accordent à dire que, dans les cas simples dont il s'agit ici, toutes les fonctions s'accomplissent normalement. Dans l'espèce que Bouteille a nommée *deutero-pathica*, on remarque, il est vrai, quelquefois des symptômes intestinaux ou autres, mais c'est seulement au début, et parfois comme prodromes. Lorsque la maladie survient dans le cours d'une autre affection, il faut prendre garde de se laisser tromper par des symptômes de cette maladie qui n'appartiennent pas à la chorée. La chorée est une maladie *non fébrile.* J'ajouterai seulement que dans deux cas où aucun caractère rhumatismal n'avait été noté, MM. Smith et Lionel Beale (2) ont vu la *sécrétion urinaire* présenter, suivant eux, les mêmes modifications que dans le rhumatisme articulaire aigu. Sur 1000 parties ils ont trouvé :

Eau	917,90
Matière solide	82,10
	1000

La matière solide se décompose comme il suit :

Urée	41,10
Sels alcalins	12,83
Sels terreux	00,77
Matière animale extractive mêlée à un peu d'acide lithique.	27,40
	82,10

Chorée partielle. Maintenant que nous connaissons les phénomènes qui caractérisent la chorée générale, il est facile d'indiquer ce qui se passe dans la chorée partielle. Et d'abord je dois dire qu'il résulte des recherches exactes de MM. Rilliet et Barthez que la chorée, limitée à une seule partie du corps pendant tout le cours de la maladie, est beaucoup plus rare qu'on ne le pense généralement. Ces auteurs

(1) *Acad. de méd.*, 16 août 1827.
(2) *Union médicale*, 26 juin 1851.



ayant suivi l'affection dans tout son cours, ne l'ont vue, sur dix-neuf cas, qu'une seule fois limitée à une partie. Dans tous les autres, le trouble de la motilité arrivait à occuper à la fois plusieurs parties des deux côtés du corps. Si l'on a cru qu'il en était autrement, c'est qu'on n'avait fréquemment observé l'affection qu'à une époque assez rapprochée du début.

Lorsque la chorée n'occupe qu'*un seul côté du corps*, soit parce qu'elle doit y rester fixée, soit, ce qui est plus ordinaire, parce qu'elle n'a pas encore eu le temps de gagner l'autre côté, c'est dans le *côté gauche* qu'on l'observe le plus souvent. Dans cette chorée partielle, il y a un contraste frappant entre la rectitude des mouvements des membres du côté droit et la perturbation de ceux du côté gauche. On remarque principalement ce contraste à la face. Il est inutile d'ajouter que c'est l'inverse qu'on observe dans les cas plus rares où la maladie occupe le côté *droit* exclusivement.

On a vu quelquefois la chorée *bornée aux membres supérieurs* et même à un *seul de ces membres*, le gauche principalement. Au début de la maladie, c'est le cas le plus fréquent.

On n'a pas cité d'exemple bien authentique de chorée bornée aux *membres inférieurs* ou à la *face;* car il ne faut pas confondre avec la chorée les *convulsions idiopathiques de la face* décrites dans un des articles précédents.

Enfin, on a cité quelques exemples de chorée occupant un membre supérieur d'un côté et un membre inférieur de l'autre, et d'autres dans lesquels le trouble de la motilité ne se manifestait que dans la station, ou au contraire lorsque le malade était assis ; mais ce sont des cas plutôt curieux qu'utiles à connaître.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

De la description précédente il résulte que la chorée a, si on la considère d'une manière générale, une marche continue et progressive. On voit, en effet, ainsi que l'ont constaté MM. Louis (1), Blache, Rilliet et Barthez, l'affection envahir d'abord le membre supérieur, puis la jambe du même côté, puis les deux autres membres de la même manière, enfin la face, et devenir générale. Si quelques auteurs, et en particulier Sydenham et Bouteille, ont pensé le contraire, c'est qu'ils auront été trompés par quelques cas exceptionnels, ou que les contractions involontaires des muscles des membres supérieurs n'auront pas suffisamment fixé l'attention. Quoique cette marche croissante de l'affection soit incontestable, je dois rappeler ici qu'elle consiste néanmoins dans des mouvements irréguliers qui se produisent à de courts intervalles ; que par conséquent ce symptôme, considéré isolément, est intermittent, et je dois aussi rappeler cette suspension des mouvements involontaires pendant le sommeil, ainsi que les exacerbations que produisent plusieurs causes signalées plus haut ; mais il n'en est pas moins vrai que d'un jour à l'autre la maladie fait des progrès, et qu'elle est toujours présente, puisque dès le réveil les symptômes se reproduisent. Ce n'est pas comme dans les affections franchement intermittentes, dans lesquelles, pendant une partie de la journée ou pendant plusieurs jours, l'organisme revient parfaitement à l'état normal. Cependant il est quelques cas rares où il existe une *intermittence* réelle et *périodique*. Bouteille

(1) Voy. Blache, *loc. cit.*

et M. Rufz en ont cité des exemples ; ce dernier auteur a vu, dans un cas, la chorée débuter à midi et finir à dix heures du soir.

La *durée* de la maladie est variable. M. Rufz a trouvé que, dans les cas de guérison, la durée moyenne a été de trente et un jours ; mais dans les cas observés par M. Dufossé, le terme moyen a été de cinquante-sept jours, et MM. Rilliet et Barthez ont vu l'affection durer de six semaines à deux mois et demi.

M. Sée, qui a étudié les faits avec plus de précision, a trouvé que la durée de la chorée est de soixante-neuf jours en moyenne, et il a vu aussi que le traitement a peu d'influence sur cette durée, ce que je devrai rappeler plus tard.

Ce que je viens de dire ne s'applique qu'à la forme la plus ordinaire de la chorée, c'est-à-dire à celle à laquelle on a donné le nom de *chorée aiguë*. Dans quelques cas, cette affection persiste pendant plusieurs années ; c'est la *chorée chronique*, qui, d'après la remarque de la plupart des auteurs, est partielle, et dans laquelle les membres affectés peuvent présenter des chairs flasques et molles, et un amaigrissement prononcé. Les cas de ce genre sont exceptionnels.

La chorée *se termine* ordinairement par la guérison, et la diminution de ses symptômes est progressive. Cependant les cas de mort ne sont pas extrêmement rares ; MM. Rilliet et Barthez, qui ont fixé leur attention sur la terminaison funeste, s'expriment ainsi à ce sujet : « Dans les cas, disent-ils, où la chorée doit avoir une issue funeste, on voit les mouvements acquérir progressivement une violence excessive, on a peine alors à contenir les jeunes malades, même en employant une force considérable. Ils brisent les liens dont on les entoure, se roulent en bas de leur lit, en un mot le désordre des mouvements est presque aussi grand que celui qu'on observe dans certaines attaques d'épilepsie ; puis subitement la violence des contractions diminue pour faire place à des soubresauts de tendons, l'intelligence est abolie, les *pupilles sont contractées*, la mâchoire serrée, la respiration difficile, et la mort vient terminer la scène. » Quelquefois, ainsi que M. Rufz l'a observé, il survient un calme marqué peu de temps avant la mort ; il y a des alternatives de pâleur et de rougeur de la face, les *pupilles se dilatent*, le pouls est insensible. MM. Rilliet et Barthez sont portés à attribuer la mort à une asphyxie, sans toutefois éloigner complétement l'idée d'une syncope. Sur cent cinquante-huit cas rassemblés par M. Sée (1), neuf fois la maladie a été mortelle.

Les *récidives* sont fréquentes : c'est ce qui résulte des observations de tous les auteurs. Il n'est pas rare de voir la maladie se reproduire à des intervalles variables ; quelques mois, un an, deux ans et plus, et cela à plusieurs reprises. Rien ne prouve que, dans les récidives, la maladie devienne plus grave qu'à la première attaque. On n'a cité comme véritable *complication* de la maladie que les convulsions ; mais cette complication est rare. Quant à l'apparition de diverses maladies, comme les exanthèmes fébriles, les phlegmasies, etc., elle ne peut être considérée comme une complication réelle. Ce sont des *maladies intercurrentes* qui, suivant la plupart des auteurs, et M. Rufz en particulier, n'ont aucune influence sur la marche de la maladie. MM. Rilliet et Barthez, examinant attentivement les faits, ont trouvé que cette proposition est trop exclusive, car ils ont vu ces affections, et surtout

(1) *Loc. cit.*, p. 489.

les exanthèmes fébriles, tantôt modérer, tantôt exaspérer momentanément les mouvements choréiques.

Mais M. Sée (1), qui a étudié la question bien plus attentivement et à l'aide d'un plus grand nombre de faits, est arrivé aux résultats suivants : 1° Dans la période d'invasion d'une fièvre quelconque, les symptômes choréiques, loin de s'amender, augmentent ; 2° quand la fièvre décline, les symptômes choréiques diminuent avec elle ; 3° si ce n'est qu'une rémission, ces symptômes ne disparaissent pas complétement et augmentent de nouveau à la reprise de la fièvre ; 4° quand la fièvre se dissipe complétement, la chorée disparaît avec elle. C'est seulement de cette manière qu'il faut entendre l'aphorisme d'Hippocrate : *febris spasmos solvit.*

§ V. — Lésions anatomiques.

Parmi les lésions anatomiques qu'on a citées comme appartenant à la chorée, il en est quelques unes qui paraissent avoir un rapport réel avec les symptômes de cette maladie, et un assez grand nombre qu'on doit regarder comme étrangères à l'affection. Parmi les premières, je citerai l'inflammation des tubercules quadrijumeaux signalés par M. Serres, une concrétion crétacée du cerveau trouvée par M. Rufz, l'hypertrophie de la couche corticale de cet organe (Hatin), l'hypertrophie de la moelle (Monod), et quelques autres lésions des centres nerveux. Parmi les secondes, on trouve des lésions du cœur, du péricarde, les vers intestinaux, etc. Ce qui jette du doute sur l'importance de ces lésions anatomiques dans la névrose dont nous nous occupons, c'est que, dans un nombre considérable de cas rapportés par MM. Hawkins (2), Behrend, Ollivier, Rufz, Blache, Gendron, Rilliet et Barthez, etc., on n'a trouvé aucune lésion appréciable, quoique la maladie fût des plus violentes. Mais il est un autre point qu'il importe beaucoup d'examiner : c'est l'existence des lésions qu'on peut rapporter au rhumatisme. M. Sée nous a fourni sur ce point les documents les plus importants. Il résulte de ses recherches que, sur 84 cas, 34 fois on trouva des lésions des séreuses (arachnoïde, péricarde, synoviale) ; etc., qu'on pouvait rapporter au rhumatisme ; que 34 fois il y avait d'autres lésions plus ou moins importantes occupant le système nerveux, et que 16 fois seulement on ne trouvait aucune espèce d'altération, dans quelque point du corps que ce fût.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Comme M. Blache, je pense qu'il est absolument inutile de s'étendre sur le diagnostic de cette affection qui se distingue par les caractères les plus tranchés : il me suffira de citer le passage suivant de cet auteur : « Les symptômes de cette maladie sont, dit-il, si remarquables, qu'il serait difficile de la méconnaître. L'absence de la fièvre, du coma ou du délire, et de la roideur tétanique, sont des signes très propres à séparer la chorée de toute autre affection de l'axe cérébro-spinal.

» C'est à tort, selon nous, qu'on a cru pouvoir rapprocher de la chorée le *béribéri*, le *branlement de tête des vieillards*, *certains tremblements nerveux* qui succèdent aux excès vénériens ou à l'abus des liqueurs spiritueuses ; celui que

(1) *Loc. cit.*, p. 413.
(2) *The London med. and phys. Journ.*, 1827.

présentent les ouvriers qui manient les préparations saturnines ou mercurielles, et quelques *tics douloureux* dont les symptômes diffèrent essentiellement. »

Pronostic. Nous avons vu, en parlant de la terminaison de la maladie, que la guérison est l'issue la plus ordinaire de cette affection ; par conséquent, on peut dire d'une manière générale que le pronostic est peu grave ; mais nous avons vu aussi que, dans un certain nombre de cas, on a observé la terminaison par la mort. Il est rare qu'il en soit ainsi dans les cas de chorée idiopathique ; cependant on a cité quelques exemples de terminaison funeste de ce genre. Quelles sont les conditions dans lesquelles la maladie prend ainsi une gravité inaccoutumée ? C'est ce qui n'a pas été parfaitement établi. On a attribué à certaines causes, comme à la masturbation, une influence fâcheuse sur l'issue de l'affection ; on a dit qu'elle était plus grave lorsque les facultés intellectuelles se trouvaient antérieurement affectées ; mais ce sont des assertions qui, pour être définitivement acceptées, ont besoin de s'appuyer sur un plus grand nombre de faits.

Il est évident que la chorée qui est liée à une altération plus ou moins profonde du cerveau ou de la moelle est la plus grave de toutes. On a lieu de redouter une terminaison funeste, lorsque les convulsions deviennent incessantes et que la respiration s'embarrasse. Quand les mouvements involontaires sont remplacés par des soubresauts des tendons, la mort est imminente. Suivant le docteur Elliotson, lorsque la maladie survient chez des personnes âgées et chez des individus du sexe masculin, elle a plus de gravité. Le même auteur ne l'a jamais vue guérir lorsqu'elle occupait un seul bras, la tête ou quelques uns des muscles de la face (1). On l'a vue souvent cesser à l'époque de la puberté et de la première éruption du flux menstruel. On a cité des exemples de chorée passée à l'état chronique ou dégénérant en une affection nerveuse plus grave ; mais ces faits ont besoin d'être mieux étudiés.

§ VII. — Traitement.

Avant d'aborder le traitement de la chorée, j'ai à reproduire une réflexion que j'ai déjà plusieurs fois présentée à l'occasion du traitement des névroses dont j'ai tracé l'histoire, et qui se présentera encore à propos des névroses qui nous restent à étudier. Bien des médicaments divers ont été proposés, mais nous ne possédons pas de travail exact et rigoureux qui nous fasse connaître la valeur réelle de chacun d'eux. En faveur de ces divers remèdes, on a cité des faits de guérison ; mais en est-il qui réussissent mieux et plus promptement que les autres ? Est-il des cas particuliers dans lesquels telle médication est plus particulièrement recommandée ? Voilà des questions auxquelles ne répondent presque jamais les travaux des auteurs. Nous est-il possible de suppléer à ce silence des observateurs ? Non, évidemment, d'une manière complète. Personne plus que nous ne désirerait pouvoir fournir au praticien des indications très précises, et lui dire : Voilà, dans un cas donné, le meilleur moyen à employer. Mais comment arriver à ce résultat, lorsque chacun se contente d'enregistrer quelque succès, sans parler le plus souvent de ses revers, et surtout sans indiquer le temps nécessaire pour la guérison dans les diverses catégories de cas et suivant les remèdes employés ? Lorsqu'il se présente quelque travail qui peut, en tout ou en partie, résoudre ces difficultés, je l'accepte

(1) Voy. Blache, *loc. cit.*

avec empressement, et j'en fais mon profit; mais les travaux de ce genre sont bien rares. Je serai obligé de me borner le plus souvent, dans les détails qui vont suivre, à faire connaître la manière d'agir des médecins qui se sont particulièrement occupés de la chorée, me contentant de signaler d'une manière spéciale les moyens qui comptent pour eux les faits pratiques les plus nombreux et les plus authentiques.

Émissions sanguines. On sait que Sydenham recommande avec instance les *saignées* abondantes qu'il associait aux purgatifs répétés. Bouteille a aussi attribué une efficacité marquée à la saignée; mais au lieu de saignées nombreuses et abondantes, il se contente d'une, deux ou trois, modérées, suivant la force du sujet. Aujourd'hui il est peu de médecins qui aient recours aux émissions sanguines générales, à moins d'indications particulières. Si, avec les signes qui annoncent la pléthore, on observe une céphalalgie de quelque intensité, on recommande de tirer un peu de sang aux malades, mais on ne compte guère sur ce moyen pour la guérison de la chorée. M. Serres ayant, ainsi que nous l'avons dit plus haut, remarqué l'existence de douleurs occipitales et l'inflammation des tubercules quadrijumeaux, conseille l'emploi des *sangsues* appliquées au pourtour de l'occipital. Cette pratique est très peu employée par d'autres médecins, et elle n'a paru à M. Serres lui-même réussir que dans les cas de chorée récente. Le docteur Peltz (1) veut qu'on applique les sangsues aux tempes, en même temps qu'on emploie les purgatifs et les pédiluves sinapisés. Enfin d'autres médecins recommandent l'application des sangsues le long de la colonne vertébrale, et le docteur Bertini en particulier (2) veut qu'on les place aux lombes et au sacrum, où il a constaté l'existence d'une douleur notable. En somme, les émissions sanguines, à moins de circonstances particulières, ainsi que je le disais tout à l'heure, ne sont pas, à beaucoup près, un des remèdes les plus fréquemment employés.

Tartre stibié à haute dose. Déjà Rasori avait conseillé le tartre stibié à haute dose dans le traitement de la chorée. Laënnec l'employa dans un cas à une dose très considérable, puisqu'il en administra jusqu'à 90 centigrammes par jour à une fille de vingt ans. Dans ce cas il y eut un soulagement très notable, car la malade qui avait, au commencement du traitement, des contractions involontaires de presque tous les muscles, pouvait broder lorsqu'elle quitta l'hôpital. Elle n'eut pas d'évacuations (3).

Breschet a employé le même moyen, en y joignant les purgatifs drastiques sous forme de pilules, ainsi qu'il suit :

℞ Aloès ou gomme-gutte..................	ââ parties égales.
Scammonée..........................	
Calomel.............................	

Mêlez. F. s. a. des pilules de 0,15 grammes. Dose : une toutes les trois heures, en alternant avec la potion stibiée. On s'arrête lorsque l'effet drastique est suffisant.

Breschet a rapporté trois cas de guérison par ces moyens qui déterminaient des évacuations nombreuses.

(1) *Nouv. bibl méd.*, t. III.

(2) *Rep. med.-chir. di Torino*, 1825.

(3) *Mém. sur l'emploi du tartre stibié à haute dose, d'après des faits recueillis à la clinique de Laënnec*, par M. Delagarde (*Arch. gén. de méd.* Paris, 1824, t. IV, p. 481). — Bayle, *Bibliothèque de thér.* Paris, 1828, t. I, p. 265.

Purgatifs. Nous avons vu plus haut que Sydenham joignait l'emploi des purgatifs à celui des émissions sanguines abondantes. Plusieurs auteurs ont recommandé l'usage des purgatifs seuls, et ont, comme ceux que je viens de citer et comme ceux que je citerai plus loin, rapporté des exemples de guérison par ce moyen. Hamilton (1) veut que, dans cette médication, on ait égard aux deux périodes qu'il reconnaît à la marche de la chorée. Dans la première période, il prescrit les purgatifs doux (le *calomel*, l'*huile de ricin*, le *sulfate de soude*, *de magnésie*), et dans la seconde il a recours à des purgatifs énergiques (*aloès*, *coloquinte*). Ce qu'il recommande surtout, c'est qu'on ne mette pas d'interruption dans l'emploi de ce moyen, et qu'on n'y renonce pas avant que la guérison soit complète. Ce traitement est approuvé par le docteur Chapman (2). Le docteur Bardsley (3) a également préconisé l'emploi des purgatifs, et a cité des cas où ils ont seuls procuré la guérison ; mais le plus souvent il a été obligé de recourir à d'autres moyens actifs, ainsi que d'autres auteurs qu'il serait, par conséquent, inutile de citer.

Narcotiques. Les narcotiques ont été moins fréquemment et moins généralement employés dans la chorée que dans beaucoup d'autres névroses. L'*opium*, le *datura stramonium*, la *belladone* sont ceux qui ont été le plus souvent prescrits ; mais comme leur mode d'administration ne présente rien de particulier, je n'insiste pas. J'ajoute seulement que l'opium doit être employé à assez haute dose, et que M. Mault (4), ayant inutilement employé diverses médications chez une choréique, appliqua sur le trajet de la colonne vertébrale *un vésicatoire* de huit pouces de long sur un de large et le pansa avec un linge recouvert d'une légère couche d'*extrait de belladone ;* ce linge ne fut laissé qu'une heure en place, quatre heures après il restait à peine quelques traces de convulsions. Quelle est, dans ce cas, la part du vésicatoire ?

Atropine. Des expériences de MM. Bouchardat et Stuart Cooper (5), il résulte que l'*atropine* peut remplacer avantageusement la belladone. Voici les diverses manières d'employer ce médicament.

On débutera par la dose de 2 milligrammes par jour qu'on portera graduellement jusqu'à celle de 5 ou 6 milligrammes, ou même de 1 centigramme dans les vingt-quatre heures, en surveillant attentivement son action. Cette application doit être faite sur la peau nouvellement dépouillée de son épiderme. On se rappellera que la surface d'un vésicatoire n'absorbe activement que pendant trois ou quatre jours.

Teinture d'atropine.

Atropine.................	1 gram.	Alcool à 85°............	100 gram.

Faites dissoudre. On la prescrit en potions à la dose d'une à dix gouttes. Chaque goutte contient environ un demi-milligramme d'atropine.

(1) *Obs. on the empl. of purgatifs.*
(2) *Elements of therapeut.*, t. I.
(3) *Hosp. facts and obs.*, etc. London, 1830.
(4) *The Lancet*, et *Bull. gén. de thér.*, 25 juillet 1850.
(5) *Rech. physiol., thérap. et pharm. sur l'atropine* (*Gaz. méd. de Paris*, 1848).

Sirop d'atropine.

Atropine.................................. 1 décigram.

Faites dissoudre dans :

Eau.. 10 gram.

à l'aide d'une gouttelette d'acide chlorhydrique. Mêlez avec :

Sirop de sucre............................. 1,000 gram.

100 grammes de ce sirop contiennent un centigramme d'atropine. On le prescrit à la dose de 20 grammes pour commencer.

Antispasmodiques. Les antispasmodiques sont d'un usage plus répandu. Je citerai d'abord la *valériane*, que Guersant recommande particulièrement. Ce médecin conseille de l'administrer d'abord à la dose de 0,75 à 0,90 grammes par jour, puis d'augmenter rapidement cette quantité de manière à arriver promptement à celle de 4, 8, 12 grammes par jour et plus chez les sujets plus âgés. Presque tous les enfants, dit M. Blache, la prennent sans dégoût, si l'on a soin de l'unir à du miel ou à des confitures.

Le *camphre* est regardé par Poissonnier-Desperrières comme un des meilleurs médicaments contre la chorée. Il conseille de le donner en lavement, dissous dans le jaune d'œuf. On a également administré le camphre par la bouche. Je citerai plus loin, à l'occasion du nitrate d'argent, la composition des pilules de M. Méral dans lesquelles entre cette substance.

L'*assa fœtida* est prescrite particulièrement par MM. Jadelot et Fouquier. Voici ce que dit à ce sujet M. Blache : « Bayle et M. Jadelot ont prescrit avec succès l'assa fœtida depuis 0,10 à 0,15 grammes jusqu'à 1,25 et 1,50 grammes par jour *chez des enfants de dix à quinze ans.* J'ai vu aussi M. Fouquier donner ce médicament avec avantage, mais à plus haute dose : les malades en prenaient jusqu'à 4 grammes et plus dans les vingt-quatre heures. Le docteur Vauters (1) administre cette substance de la manière suivante :

℞ Assa fœtida............ 15 gram. | Eau.................... 500 gram.

Passez. A prendre 60 grammes toutes les deux heures.

Plusieurs autres antispasmodiques, et en particulier les *préparations de zinc*, ont encore été prescrits ; je me contenterai d'ajouter à ce qui précède une formule de Schneider (2), qui contient plusieurs de ces substances :

℞ Assa fœtida...........	ââ 12 gram.	Castoréum................	2,50 gram.
Racine de valériane pulv.		Extrait de belladone........	0,25 gram.
Oxyde de zinc..........	1,25 gram.	Extrait de camomille........	Q. s.

Faites des pilules de 0,10 grammes. Dose : six par jour, dans une infusion de valériane, de camomille et de chenopodion ambrosioides.

Quelle est la valeur réelle des antispasmodiques ? C'est ce qu'il est impossible de dire en l'absence de renseignements plus positifs que ceux que nous possédons. On ne peut guère douter qu'ils n'aient des avantages ; mais comme c'est une question de

(1) *Bull. des sciences méd.*, t. VIII.
(2) Voy. *Med. conversations Blatt*, 1831.

comparaison, et que les points de comparaison nous manquent, nous ne pouvons pas connaître leur efficacité réelle.

Ferrugineux. Parmi les médicaments préconisés, il en est peu qui l'aient été plus que les ferrugineux, et en particulier le *carbonate de fer*. Le docteur Elliotson (1) accorde surtout une très grande confiance à cette substance, et veut qu'on la donne à des doses très considérables. Il la prescrit tout d'abord à la dose qu'il juge convenable d'atteindre, et qui n'est pas moindre de 8 grammes toutes les six heures chez un enfant de huit ans, et 15 grammes trois fois par jour chez un enfant de seize ans. On fait incorporer le médicament dans la mélasse ou le miel. Il faut avoir soin de *tenir le ventre libre*, pour que le médicament ne cause pas d'accidents.

Est-il nécessaire de donner une aussi haute dose de carbonate de fer? Je ne le pense pas, car les recherches sur l'absorption de cette substance ont prouvé que, lorsqu'on dépasse trois ou quatre grammes, la plus grande partie du médicament s'en va par les selles.

Nous avons vu, en parlant des causes, qu'on a attribué à la menstruation difficile la production de la chorée dans quelques cas; il est évident qu'en semblable circonstance les ferrugineux sont plus particulièrement indiqués. C'est ce qui explique en partie les succès d'Elliotson, de MM. Baudelocque, Hutchinson, etc. On peut, dans ce cas, prescrire les ferrugineux, comme dans la chlorose (2) : ainsi la *limaille de fer*, les *pilules de Vallet*, de Blaud, etc.

Nitrate d'argent. Le nitrate d'argent a été conseillé par Priou, Franklyn et quelques autres auteurs. Voici les pilules de M. Mérat, dont j'ai parlé plus haut :

℞ Extrait aqueux d'opium...	1,50 gram.	Nitrate d'argent fondu...	0,15 gram.
Camphre en poudre......	2,50 gram.	Sirop simple............	Q. s.

F. s. a. cinquante pilules. Dose : d'abord une, puis deux par jour.

Arsenic. L'*arsenic* a été employé avec succès contre la chorée rebelle ; déjà plusieurs médecins anglais, et Guersant, avaient obtenu des succès par ce moyen ; MM. Henoch et Homberg (3) ont cité des cas très concluants en faveur de ce remède. C'est la *solution de Fowler* qui est employée par eux, et voici comment ils l'administrent (4) :

On mélange ensemble 1 drachme de solution de Fowler et 1 drachme d'eau distillée. On en fait prendre 4 gouttes trois fois par jour avec de l'eau. L'enfant prend donc chaque fois la soixante-septième partie d'un grain d'acide arsénieux (1 gros et demi de la solution contenant un grain d'acide arsénieux, et 90 gouttes constituant 1 gros de cette solution). On porte ensuite la dose à 5, puis à 6 gouttes. On suspend l'administration du médicament s'il survient des symptômes d'intoxication, et surtout des nausées, des vomissements, de la diarrhée, ou des douleurs abdominales.

M. Rayer (5) a traité par l'*arsenic*, à la dose de 0,0015 gramme à 0,0050 gram-

(1) *Med. chir. Trans.* London, 1825, t. XIII, p. 232.
(2) Voy. l'article consacré à cette affection.
(3) *Casper's Wochenschrift*, 1848.
(4) *Journ. des conn. méd.-chir.*, octobre 1848.
(5) *Union méd.*, 7 mars 1848.

me, une chorée qui datait de quatre ans, et qui avait résisté aux traitements les plus variés. A l'époque où le fait a été publié, on avait obtenu une amélioration des plus grandes, mais non une guérison complète.

Sans citer aucun fait, le docteur Oke (1) dit avoir employé avec succès, dans des cas désespérés, l'*iodure de potassium* qu'il prescrit ainsi :

℞ Eau distillée de menthe poivrée.	75 gram.	Iodure de potassium..........	1,25 gram.
Sirop d'oranges.............	15 gram.		

Une cuillerée à bouche trois fois par jour dans un peu d'eau.

Moyens divers. Pour terminer ce que j'ai à dire des moyens administrés à l'intérieur, je me contenterai d'indiquer un certain nombre de médicaments conseillés par quelques auteurs recommandables, mais sur lesquels l'expérience n'a pas suffisamment prononcé. Ce sont la *racine d'armoise*, préconisée par Bonorder, l'*acide sulfurique* (Hildenbrand), l'*éther* (id.), les *fleurs de cardamine* (Michaelis), l'*huile de térébenthine* (Murchison), le *narcisse des prés* (Purché), le *cuivre ammoniacal* (Willan), etc. L'efficacité de tous ces moyens est très douteuse. Je crois néanmoins devoir mentionner, avec un peu plus de détail, certaines substances qui ont pour elles l'approbation d'un plus grand nombre de médecins.

Et d'abord je dirai un mot de l'*iode*. Le docteur Manson a employé ce médicament chez 72 sujets, et en a guéri environ la moitié. Cette proportion n'est évidemment pas favorable à ce moyen. Si les malades présentent quelques traces de scrofules, l'indication de cette substance est plus précise. On a conseillé de donner la *teinture d'iode* à la dose de douze à dix-huit gouttes dans une infusion de feuilles d'oranger.

La *noix vomique* a été aussi mise en usage. Nieumann conseille les pilules suivantes :

℞ Assa fœtida...........	6,25 gram.	Extrait de noix vomique...	1,25 gram.

Faites des pilules de 0,05 grammes. Dose : de six à dix par jour.

MM. Cazenave et Lejeune ont cité des cas de succès par la noix vomique.

Dans un cas où la chorée avait succédé immédiatement à un rhumatisme articulaire aigu, M. Aran donna le *sulfate de quinine* et la guérison fut prompte (2).

Médication externe. Un moyen qui tient une grande place dans la médication externe consiste dans l'emploi des bains froids et des affusions froides ; il est donc important d'entrer dans quelques détails à ce sujet.

Bains froids; affusions froides; bains de rivière, de mer, d'ondée; bains tièdes. Déjà Dumangin et Bayle avaient employé avec succès les *bains froids*. On sait que ce moyen était celui que Dupuytren mettait en usage de préférence. Ce chirurgien avait pour coutume de faire prendre les bains froids *par immersion et par surprise :* pour cela, après avoir rempli une baignoire d'eau froide, deux aides prennent le malade par les pieds et par les épaules, et le plongent rapidement dans l'eau, puis le retirent au bout de peu d'instants, le replongent de nouveau, et ainsi de suite, à plusieurs reprises, suivant l'action plus ou moins énergique que

(1) *Provinc. Journ. of med.*, et *Bull. gén. de thér.*, 30 octobre 1852.
(2) *Bull. gén. de thér.*, 15 août 1852.

'on veut produire. On peut remplacer ces bains de surprise par des *affusions* *'roides*, que l'on administre en jetant plusieurs seaux d'eau sur le malade placé lans une baignoire vide. Les *bains de rivière*, lorsque la saison le permet, et surout les *bains de mer par immersion et à la lame*, agissent de la même manière, :t ont procuré d'assez nombreux succès. Biett (1) a mis en usage des *bains d'ondée ou de pluie*.

On a cité en faveur de tous ces moyens des exemples de guérison ; mais, lorsque a saison est rigoureuse, et dans certaines circonstances facilement appréciables par e médecin, il est impossible d'avoir recours aux bains froids ; alors on a conseillé *es bains tièdes*, et Dupuytren lui-même les employait en pareil cas. Le docteur ıvy a mis en usage les bains tièdes, pendant lesquels il faisait *projeter de l'eau* *'roide sur la tête*.

Si maintenant nous voulons apprécier cette médication, nous devons d'abord aire remarquer qu'on lui a presque toujours associé l'emploi de plusieurs autres noyens qui ont pu agir pour leur part ; néanmoins on ne peut douter qu'elle n'ait ıne grande valeur dans le traitement de la chorée.

Strychnine. M. Trousseau (2) emploie la strychnine d'une manière très hardie, :t comme il regarde ce traitement comme héroïque, je vais l'exposer en détail.

« Une préparation commode à manier, et qui a servi seule au traitement des quatre nalades qui, cette année, sont entrés dans le service, est *le sirop de sulfate de trychnine*, formulé et préparé comme l'indique M. Trousseau dans son ouvrage le thérapeutique. Il contient 0,05 centigrammes de sulfate pour 100 grammes le sirop de sucre. Il est amer ; mais les enfants n'ont pas trop de répugnance à le rendre. Jamais on ne trouve ce sirop préparé dans les officines. Aussi doit-on, uand on le formule, bien expliquer que c'est du *sirop de sulfate de strychnine*, t non du *sirop de strychnine* que l'on désire.

» En tenant compte de l'âge de l'enfant, on donne le premier jour deux ou rois cuillerées à café du sirop. Tous les jours on augmente le nombre de une cuil:rée jusqu'à ce que l'on soit arrivé à six ; alors on substitue chaque jour à une uillerée à café une cuillerée à dessert. Quand on atteint le nombre de six, on :mplace les cuillerées à dessert par les cuillerées à bouche. Arrivé à six cuillerées bouche, le médecin doit en augmenter le nombre, mais d'une manière plus lente, ı mettant un ou deux jours d'intervalle. Pour les enfants qui ont été soignés par :tte méthode, la limite a été de sept, neuf et dix par jour. Ces doses doivent être :gulièrement espacées dans les vingt-quatre heures. C'est donc environ toutes les ıatre heures que l'on doit donner du sirop. Telle est la partie du traitement qui ›partient à la garde-malade ; je l'ai dégagé de toutes les considérations physiologues qui doivent l'entourer, afin de faire voir combien il serait difficile de formuler ıez le pharmacien des doses aussi lentement, aussi régulièrement croissantes.

» Dès que le traitement est commencé, il faut être incessamment à la recherche :s signes qui indiquent que le médicament agit, et qui guident dans la conduite tenir. Il faut que la dose soit élevée jusqu'à produire des roideurs tétaniques léres. Ce point ne peut être trouvé du premier coup ; c'est par le tâtonnement que

(1) *Bull. de thér.*, t. VI.
(2) *Traitement de la danse de Saint-Guy par la strychnine* (*Union méd.*, 29 septembre 49).

l'on doit aller à sa recherche, et la méthode que j'indiquais plus haut sert parfaitement pour cela (1). Les personnes qui entourent habituellement les malades doivent être instruites de ce qui doit arriver. Il est, en effet, important de ne plus augmenter les doses dès que les roideurs apparaissent, et de rester encore un peu en deçà de la dose qui a produit cet effet. Il serait d'ailleurs imprudent de ne pas avertir les parents qui, toujours prompts à s'effrayer, ont, dans le cas qui nous occupe, de justes motifs pour l'être.

» Un des signes précurseurs des effets tétaniques, un des premiers effets de la strychnine, c'est la démangeaison du cuir chevelu et de la peau. Les muscles masséters sont les premiers atteints par le médicament; aussi doit-on s'enquérir souvent si les malades éprouvent de la difficulté à ouvrir la bouche. Quand on a obtenu ces effets physiologiques, on continue la dose qui les a produits; mais qu'on se garde de l'augmenter, car la strychnine est un des médicaments qui présentent au plus haut point cette propriété d'ajouter son action aux actions précédentes, ou d'accumuler ses actions; rarement les malades s'accoutument à elle, et presque toujours quand on a atteint la dose tétanique, on peut y rester et obtenir des effets.

» Bien qu'on reste à la même quantité, on voit cependant des effets bizarres se produire; ils montrent combien il est urgent d'agir avec prudence. On observe, dans quelques cas, après avoir obtenu de la roideur, un intervalle de deux ou trois jours dans l'action du médicament, quoique rien ne soit changé dans son mode d'administration; puis, tout à coup, sans cause appréciable, les roideurs se présentent avec une intensité qui effraie et les parents et le médecin lui-même. Il semble que le temps d'arrêt a été un temps d'accumulation. Dans d'autres cas, les effets et les doses restant les mêmes, et non interrompus, on voit les premiers beaucoup plus forts un jour qu'un autre; si bien que l'on serait tenté de chercher si les conditions météorologiques n'ont pas eu leur part d'influence dans ce que l'on observe. Toutes ces bizarreries, ces boutades d'action, si je puis ainsi dire, doivent être connues du médecin, qui sentira, dès lors, quelle importance il doit attacher au tâtonnement qui doit le conduire à la dose tétanique.

» Pour que la médication ait une influence complète, il faut continuer la dose tétanique pendant plusieurs jours après la cessation des accidents. En recommençant ainsi la médication pendant un temps bien plus court, quand semble revenir le mal, on peut arriver à conjurer les récidives. C'est la règle que s'impose M. Trousseau dans sa clientèle, règle qu'il est, sinon impossible, du moins très difficile de mettre en pratique à l'hôpital. »

Telle est cette médication. L'observation ultérieure fera connaître quel est son degré réel d'efficacité; car les cas observés par M. Trousseau ne sont pas encore assez nombreux.

J'ajoute que M. le docteur Forget (2), de Strasbourg, cite également un cas de guérison par la strychnine, qu'il administre ainsi:

(1) Il est, jusqu'à un certain point, inutile de s'enquérir de la quantité du principe immédiat que les malades prennent. La chose serait d'ailleurs bien facile, en se reportant à la composition du sirop et en voyant quel nombre de cuillerées est donné par jour. Cette méthode a l'avantage de pouvoir être appliquée à tous les organismes, dont la susceptibilité pour le médicament est très variable. On peut établir pourtant que la dose devra varier entre 2 et 10 centrigrammes de sel par jour.

(2) *Bull. gén. de thér.*, 15 février 1852.

℞ Strychnine.... ...... 0,05 gram. | Extrait de réglisse....... 1,00 gram.

M. f. seize pilules. Dose : une matin et soir; augmenter d'une pilule par jour puis de deux, selon l'effet obtenu.

M. Chevandier (1) ayant employé chez 4 choréiques le traitement indiqué par M. le professeur Forget, lui attribue également de bons effets.

Enfin, un fait à l'appui de cette médication a été cité depuis par M. Laudrel (2), qui, sous son influence, vit se terminer en 12 jours un cas de chorée qui jusqu'alors avait résisté au traitement par la belladone et les bains frais. Mais nous verrons plus loin combien il faut être réservé dans son jugement sur les effets des diverses médications dirigées contre la chorée.

M. Corrigan (3) a employé le *haschisch* contre la chorée, et l'a vu réussir dans plusieurs cas; il donne la teinture à la dose de 8 à 30 gouttes.

M. le docteur Zabriskii (4) a cité quelques cas dans lesquels le *sanicle du Maryland*, à la dose de 2 grammes de poudre de la racine administrée trois fois par jour dans un peu d'eau, a procuré promptement une guérison complète.

Irritants cutanés. On a fréquemment mis en usage les irritants cutanés sous diverses formes ; ainsi plusieurs médecins conseillent d'appliquer des *sinapismes*, des *vésicatoires*, des *cautères* le long de la colonne vertébrale.

La *pommade d'Autenrieth* a été prescrite en frictions sur le cuir chevelu préalablement rasé, et le long de la colonne vertébrale. Jenner mettait déjà ce moyen en usage ; le docteur Æneas Mac-Andrews (5) a suivi cette méthode, ainsi que M. Byrne (6) ; enfin le docteur Strambio (7) a cité des cas de guérison par des frictions avec la pommade stibiée, non plus seulement sur la colonne vértébrale, *mais sur toute la surface du corps.* Ce dernier auteur n'a jamais poussé l'application de ce remède jusqu'à la production des pustules; mais il n'en est pas de même des autres, et la douleur que produisent ces pustules, les cicatrices qu'elles laissent après elles, sont de graves objections à adresser à l'emploi de cette pommade, en faveur de laquelle on n'a pas de faits en nombre suffisant.

Electricité; aimant. L'emploi de l'électricité a pour lui le témoignage de beaucoup d'auteurs, parmi lesquels il faut citer De Haën (8), Fothergill, Underwood, Baumes. On peut mettre en usage la machine ordinaire, l'appareil de Leyde, la pile électrique, la galvano-puncture, et surtout les procédés de M. Duchenne. On a eu aussi recours aux *plaques aimantées.* Si je n'insiste pas davantage sur ces moyens, c'est que nous avons besoin, pour les apprécier avec rigueur, de nouvelles expériences.

Bains sulfureux. C'est M. Baudelocque qui le premier (9) a conseillé les bains sulfureux multipliés. Ce médecin fait prendre un *bain sulfureux d'une heure de*

(1) *Union méd.*, 25 mai 1852.
(2) *Journ. des conn. méd.-chir.*, juillet 1852.
(3) *The Dublin hospit. Gazette* et *Journ. des conn. méd.-chir.*, juillet 1847.
(4) *American Journ. of med. sciences*, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, février 1847.
(5) *London med. and phys. Journ.*, octobre 1826,
(6) *The Amer. Journ. of the med. sciences*, 1828.
(7) *Giorn. annal. di med.*, 1828.
(8) *Ratio medendi*, t. I, *De vi elect.*
(9) Voy. Blache, *loc. cit.*

durée environ tous les jours, le dimanche excepté. Il a constaté un assez grand nombre de guérisons rapides, et l'amélioration se manifestait dès le deuxième ou le troisième bain. Cependant il a cité des cas où, loin d'être utiles, les bains sulfureux ont exaspéré les symptômes, et M. Blache a observé un cas semblable. On doit alors se hâter d'abandonner ce moyen, et de recourir à ceux que j'ai déjà indiqués.

Résumé. Je ne pousserai pas plus loin l'étude du traitement de la chorée. J'ai signalé les principales médications, mais malheureusement il m'a été impossible d'indiquer d'une manière précise les moyens qui l'emportent sur les autres et ceux qui conviennent dans les cas déterminés. Je dirai néanmoins que, selon toutes les apparences, les premiers entre ces moyens sont les bains froids, les affusions froides, les bains sulfureux, la noix vomique, les ferrugineux. Mais il faut le redire, on a toujours trouvé des cas rebelles à chacun de ces moyens, et nous ne connaissons pas d'une manière exacte la proportion des succès et des insuccès. On doit, par conséquent, dans le traitement de la chorée, chercher des indications qui malheureusement ne sont pas toujours bien établies.

J'ajoute que, suivant M. Sée, qui a étudié les faits avec attention, la chorée est, comme je le disais plus haut, une affection qui, presque toujours, tend à se terminer par la guérison vers le soixante-neuvième jour, terme moyen. Il en résulte que plus le début du traitement s'est rapproché de cette époque, plus l'efficacité des remèdes a dû paraître grande, et de là des erreurs qu'on ne pourra éviter qu'en tenant compte de ce fait. Pour M. Sée (1), les moyens les plus utiles sont l'opium, les bains sulfureux et les ferrugineux.

Je ne peux mieux faire, pour terminer, que de rapporter le traitement du docteur Bardsley, cité par M. Blache qui, je le répète, a fait un excellent résumé du traitement de la chorée, et à qui, pour cette raison, j'ai dû emprunter un très grand nombre des détails précédents.

TRAITEMENT DU DOCTEUR BARDSLEY.

« On administre d'abord *les purgatifs seuls, et l'on en continue l'usage jusqu'à ce que les matières alvines aient repris leurs caractères normaux.*

» A cette époque, et quelque faible que soit la diminution des mouvements choréiques, on a recours aux *antispasmodiques*. Ceux auxquels M. Bardsley donne la préférence sont le *musc* et le *camphre* à la *dose de* 0,20 *grammes chacun, toutes les cinq heures ;* il y joint, pour le soir, un *lavement* composé de :

Mixture d'assa fœtida. 120 à 150 gram.	Laudanum........ 20 à 30 gouttes.

» Dans les cas de chorée traitée par les purgatifs seulement, la durée la plus longue du traitement a été de trois mois, la plus courte de trois semaines, et la durée moyenne d'un mois et demi. Dans les autres la durée la plus courte est de dix jours, la plus longue de deux mois et demi, et la moyenne de trois semaines environ. »

On voit d'après cela qu'on ne doit pas hésiter à employer le traitement mixte, et que les relevés statistiques de M. Bardsley ont une assez grande importance.

(1) *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1850, t. XV, p. 480.

J'ajouterai le traitement suivant, quoiqu'il n'ait pas encore la sanction de faits aussi concluants :

M. le docteur Szafkowski Rufin (1) a cité neuf cas de chorée essentielle qui ont guéri par un traitement qu'il résume de la manière suivante :

« Appliquer quatre ou six sangsues aux apophyses mastoïdes (deux ou trois de chaque côté, suivant la force et le tempérament du malade). Revenir à cette application, mais en très petit nombre, pendant quatre à huit jours consécutifs, suivant les effets qu'on en obtient. Les appliquer tantôt à l'anus, tantôt aux apophyses mastoïdes, si le désordre des mouvements a commencé par les membres inférieurs. Une fois que l'excitation cérébrale est tombée, donner des antispasmodiques (valériane, oxyde de zinc, castoréum), seuls ou combinés ensemble à des doses convenables, suivant l'âge, le tempérament du sujet, suivant la violence de la maladie. Cette médication doit être continuée huit jours au moins, et quinze au plus.

» Une amélioration plus ou moins sensible sera obtenue à cette époque : c'est le moment de se servir des purgatifs. On emploie le *sulfate de soude* ou *de magnésie*, à des doses convenables, et toujours pendant deux jours consécutifs, une ou deux fois par semaine, suivant la force et l'état des vois digestives du malade, suivant la violence de la maladie et les effets évacuants de ces sels. Il faut y revenir, deux, trois, quatre, cinq, six fois, et toujours pendant deux jours consécutifs, s'il reste quelques mouvements désordonnés dans quelques parties du corps que ce soit. Pour mon compte, je n'ai jamais eu besoin d'y revenir plus de quatre fois ; ordi nairement trois fois suffisent. »

Je n'entrerai pas dans de grands détails sur le *régime*, parce qu'il n'offre rien de bien particulier ; je dirai seulement que lorsque la maladie se présente chez des enfants débilités, on doit donner des aliments substantiels, et que, dans les cas où l'on croit devoir mettre en usage le traitement antiphlogistique, on doit en aider l'action par un régime léger.

Il n'y a, pour cette affection, comme pour la plupart des autres névroses, aucune ordonnance à donner. En attendant que des recherches exactes nous aient appris ce qu'il faut faire dans tel cas donné, le médecin doit, je le répète, chercher les indications, et s'il n'en trouve pas d'évidentes, recourir successivement aux diverses médications indiquées plus haut, en commençant par celles que l'expérience nous a appris être le plus fréquemment utiles.

CHORÉES ANOMALES.

On a décrit plusieurs autres espèces de chorées qui sont désignées par les auteurs modernes sous le nom de *chorées anomales*. J'indiquerai les suivantes : 1° La *grande danse de Saint-Guy*, signalée par Wichmann, par Wicke, etc., et qui est remarquable par de violents accès de convulsions ; 2° la *chorée propulsive*, dont on trouve des exemples dans les auteurs qui se sont occupés des maladies du cerveau et de la moelle, et qui consiste à se porter en avant en courant et malgré soi ; c'est là un symptôme de maladies diverses auquel le nom de *chorée* est fort mal appliqué ; 3° la *chorée rotatoire*, à laquelle s'appliquent les mêmes remarques ; 4° la *chorée vibratoire* du même genre ; 5° la *chorée électrique* décrite par

(1) *Union méd.*, 25 août 1847.

les médecins italiens (1), et qui est une maladie encore mal déterminée, ayant des symptômes d'abord comateux, puis apoplectiques, et des accès convulsifs.

Toutes ces affections diffèrent évidemment de la chorée ; leur conserver ce nom et les décrire comme des chorées, même anomales, ce serait perpétuer une confusion fâcheuse. La plupart ne sont que des symptômes de diverses affections des centres nerveux, il suffira de les mentionner quand viendront les descriptions de ces affections. Quant à la *chorée électrique* en particulier, nous sommes encore trop peu fixés sur elle, pour ne pas nous contenter de la mention précédente.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Médication interne. Emissions sanguines ; tartre stibié à haute dose ; purgatifs ; carbonate de fer ou autres préparations ferrugineuses ; toniques ; narcotiques ; antispasmodiques ; noix vomique ; sulfate de strychnine ; arsenic, etc., etc.

Médication externe. Bains froids ; affusions froides ; bains de rivière, de mer, d'ondée ; bains tièdes ; irritants cutanés ; électricité ; bains sulfureux.

ARTICLE XII.

TREMBLEMENT NERVEUX.

Je n'ai que quelques mots à dire du tremblement nerveux, et plutôt pour faire entendre comment cette affection doit être étudiée dans cet ouvrage, que pour en donner l'histoire. Dans les traités de pathologie, on a, sous le titre de *tremblement*, considéré d'une manière générale un trouble spécial de la motilité, sauf à renvoyer aux descriptions particulières pour certains tremblements qui surviennent sous l'influence de causes spéciales, tels que le tremblement mercuriel, le *delirium tremens*, le tremblement causé par l'opium, etc. Comme je ne fais pas ici de la pathologie générale, je n'ai à m'occuper dans cet article, placé parmi ceux qui sont consacrés aux névroses, que du tremblement idiopathique. Dans le sens rigoureux du mot, il est certain que tous les tremblements sont des maladies nerveuses, et, par conséquent, des névroses ; mais, comme la plupart d'entre eux sont produits par l'abus de certaines substances qui, à un certain degré, deviennent toxiques, il vaut mieux, je pense, présenter ces affections réunies, ou du moins assez rapprochées pour qu'on puisse les embrasser d'un seul coup d'œil ; c'est aussi dans le chapitre consacré aux intoxications que je parlerai de ces espèces de tremblement. Quant à ceux qui ne constituent que des symptômes de diverses affections, comme les tremblements qu'on remarque dans diverses maladies fébriles, ils sont suffisamment indiqués dans les articles où il est traité de ces affections.

Tremblement idiopathique. Reste donc le *tremblement idiopathique*, mais ce trouble de la motilité n'a qu'une très faible valeur pathologique ; aussi me contenterai-je d'une indication sommaire.

Ce tremblement consiste, comme les autres espèces, dans de légères oscillations involontaires des membres, de la tête, plus rarement du tronc. Il diffère des au-

(1) Voy. Rubini, *Giornale di Milano*, 1846, Tatti, Sabini, Rotundi, *Annal. di med. d'Omodei*, 1846 et 1847.

tres affections convulsives par la moins grande étendue de ces mouvements involontaires, et surtout parce qu'il n'empêche qu'à un très faible degré les mouvements volontaires.

Parmi les *causes*, on remarque d'abord la *vieillesse;* mais il n'y a aucune utilité, sous le rapport pathologique, à étudier le *tremblement sénile*. Puis vient la détérioration de la constitution par l'épuisement causé par l'*inanition*, par l'abus des plaisirs vénériens, par l'*onanisme*, etc. Les *émotions morales* très vives ou longtemps prolongées peuvent produire le même effet; enfin l'*hérédité*, suivant un assez grand nombre de faits, a une influence marquée sur la production du tremblement idiopathique. On connaît des exemples de ce trouble de la motilité chez de jeunes enfants dont les parents avaient soit un tremblement pareil, soit d'autres affections convulsives. Je parlerai ailleurs du tremblement qui succède quelquefois au rhumatisme.

Le tremblement lui-même constitue le seul *symptôme* de la maladie. Il occupe principalement les mains, les membres supérieurs et la tête. Dans cette dernière partie, il est presque constitué par des mouvements de latéralité.

Lorsque le tremblement est héréditaire, il n'y a aucun moyen à lui opposer; il faut seulement veiller à ce qu'aucune des causes ordinaires des diverses espèces de tremblements ne vienne en augmenter l'intensité. Dans les cas de tremblement par débilitation, le *traitement* est bien simple : il consiste à faire cesser la cause, et à donner des toniques et des aliments substantiels. A la suite des émotions morales très vives, le tremblement qui survient est presque toujours incurable.

En voilà assez sur cette affection nerveuse, qui n'a, je le répète, qu'une importance très secondaire.

ARTICLE XIII.

HYSTÉRIE.

C'est aux premiers temps de la médecine qu'il faut remonter pour trouver les premières indications de l'hystérie; on la voit déjà mentionnée dans des écrits attribués à Hippocrate; mais on peut dire qu'il n'est pas d'affection qui ait donné lieu, dans l'antiquité et dans les siècles derniers, à plus d'interprétations erronées. Il serait oiseux de s'occuper ici des diverses théories qui ont été soutenues aux différentes époques de la médecine; je me contenterai de dire qu'on a attribué les accès hystériques aux déplacements de l'utérus, à la difficulté de la circulation des esprits animaux, à la rétention de la liqueur spermatique, à la rétention des règles, à une vapeur s'échappant de l'utérus et envahissant les organes de la circulation; on l'a attribuée également à une affection cérébrale; et enfin, dans ces derniers temps, on est revenu à l'opinion qui rapporte les attaques d'hystérie à un trouble utérin, mais avec de très grandes modifications; car personne n'admet que l'utérus se déplace en se portant çà et là dans l'abdomen, qu'il s'en échappe une vapeur maligne, etc.

Parmi les auteurs qui ont le plus fait pour l'histoire de l'hystérie, je citerai Galien, qui démontra anatomiquement l'impossibilité des déplacements énormes que l'on attribuait à la matrice; Fernel (1), à qui l'on doit cette théorie des vapeurs

(1) *Univ. med.*, lib. VI, cap. 15, *De morbis uteri*.

s'élevant de la matrice, qui a régné si longtemps, et a fait donner à cette affection le nom de *vapeurs ;* Charles Lepois, qui a le premier placé dans le cerveau le siége de la maladie; F. Hoffmann (1), qui a décrit avec grand soin cette affection; Louyer-Villermay (2); Georget (3), qui a soutenu l'opinion que l'hystérie est une affection cérébrale; M. Foville (4), qui a défendu avec talent une opinion contraire à celle de Georget; M. Dubois (d'Amiens) (5), qui a donné une excellente critique des travaux publiés avant lui, et enfin, dans ces derniers temps M. Landouzy (6), qui, réunissant presque toutes les observations de quelque valeur, nous a donné un excellent travail auquel j'aurai beaucoup à emprunter dans cet article.

§ I — Définition, synonymie, fréquence.

Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de donner une définition de l'hystérie à l'abri de toute discussion. Il est, en effet, de part et d'autre, des auteurs recommandables qui soutiennent encore aujourd'hui des opinions fort diverses sur la nature de la maladie; cependant on peut dire qu'en général on regarde aujourd'hui cette affection comme ayant son point de départ dans un trouble nerveux de l'utérus, et c'est pourquoi, après m'être assuré que cette manière de voir s'appuie sur les principaux faits connus, j'adopte la définition proposée par M. Landouzy: « L'hystérie, dit cet auteur, consiste en une névrose de l'appareil générateur de la femme, revenant par accès apyrétiques, et offrant pour symptômes principaux un sentiment pénible de strangulation, la sensation d'une boule qui remonte de l'hypogastre ou de l'épigastre à la gorge, et souvent des convulsions accompagnées ou non de troubles sensoriaux ou intellectuels. »

L'hystérie a été désignée sous un grand nombre de dénominations; je citerai les suivantes: *passio hysterica*, *hysterismus*, *spasmus*, *vapeurs*, *maux de nerfs*, *attaques de nerfs*, *hystéralgie ;* les Allemands lui donnent le nom de *Mutterkrankheit*. Mais il serait trop long d'indiquer toutes ses dénominations diverses; il suffit des principales.

La grande fréquence de l'hystérie est bien connue de tout le monde. C'est une maladie commune dans tous les climats, et assurément il n'est pas de névrose qu'on puisse lui comparer sous ce rapport.

§ II. — Causes.

Les causes de l'hystérie ont dû nécessairement attirer d'une manière toute particulière l'attention des auteurs. On a recherché dans quelles circonstances se produit cette névrose si commune, afin de trouver les moyens de la prévenir; mais malheureusement on n'a pas, ainsi que nous allons le voir, procédé toujours méthodiquement dans la recherche des causes. M. Landouzy est, de tous les auteurs, celui qui a présenté les considérations étiologiques les moins imparfaites, et c'est lui qu'il convient de suivre particulièrement.

(1) *De aff. spasm.*, etc. (*Opera omn.*)
(2) *Traité des maladies nerveuses*, etc. Paris, 1816, 2 vol. in-8.
(3) *Dict. de méd.*, art. HYSTÉRIE.
(4) *Dict. de méd. et de chir. prat.* Paris, 1833, t. X, p. 275.
(5) *Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie.* Paris, 1837, in-8.
(6) *Traité complet de l'hystérie.* Paris, 1846, in-8.

1° Causes prédisposantes.

Age. Il résulte d'un tableau dressé par M. Landouzy, sur 351 cas, que la plus grande fréquence de l'hystérie est de 15 à 20 ans; vient ensuite la période de 20 à 25, puis celles de 10 à 15 ans d'une part et de 25 à 30 de l'autre ; enfin on l'observe encore assez fréquemment de 30 à 35 ans. Elle est inconnue dans la première enfance, et, à partir de 35 ans, elle va en diminuant très rapidement de fréquence.

Sexe. D'après la définition donnée plus haut, il paraîtra étrange que je m'occupe ici du sexe ; mais on a cité *quelques cas d'hystérie chez des hommes.* Je pense qu'il convient de renvoyer l'examen de cette question à l'article où j'aurai à m'occuper de l'état de l'utérus dans l'hystérie ; quant à présent, constatons que, même en admettant l'exactitude du diagnostic dans les cas d'hystérie chez l'homme rapportés par les auteurs, il n'en serait pas moins positif que cette affection appartient presque exclusivement à la femme, ces cas étant en nombre infiniment petit.

Tempérament. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître, et c'est une opinion universelle parmi les médecins, que le tempérament nerveux est une des causes prédisposantes les plus puissantes de l'hystérie; mais, sans en excepter M. Landouzy, ils se sont bornés à cette énonciation ; car nous ne devons pas nous arrêter aux raisonnements, aux considérations physiologiques à l'aide desquels on a voulu établir cette grande influence du tempérament nerveux. Ce sont des considérations qui ne sont pas assurément sans importance, mais qui n'ont de valeur réelle que lorsqu'elles sont appuyées sur l'analyse rigoureuse des faits. Suivant M. Landouzy, il y a chez la plupart des hystériques mélange du tempérament nerveux et du tempérament sanguin des auteurs.

Lieu d'habitation. Tout le monde a remarqué que l'hystérie est beaucoup plus fréquente *dans les villes* que dans les campagnes ; mais on s'accorde à regarder comme la principale cause de cette différence le genre de vie bien plutôt que les conditions physiques dans lesquelles se trouvent les femmes des villes et des campagnes. Cette dernière circonstance, néanmoins, n'est pas, selon toutes les probabilités, sans influence.

Cela me conduit à parler de l'*éducation.* On regarde comme prédisposant fortement à l'hystérie l'éducation trop délicate, les études forcées et prématurées, les grands efforts d'intelligence qu'on exige des jeunes filles.

Les *affections morales*, et surtout les passions tristes et les désirs comprimés, sont aussi placées au premier rang, ainsi que la vie oisive, les nuits passées sans sommeil, etc. ; or on sait que toutes ces conditions se trouvent particulièrement dans les villes.

Puberté. Il suffit d'un seul coup d'œil jeté sur le tableau de l'influence de l'âge, dont j'ai donné plus haut le résumé, pour voir combien l'hystérie est plus fréquente vers l'époque de la puberté qu'à toute autre époque de la vie. Nul doute que les changements qui s'opèrent alors dans l'appareil génital, et l'état moral qui en résulte, n'aient une grande part dans la production de la maladie. Quant à la manière dont agissent ces causes, ce n'est pas ici le lieu de s'en occuper.

L'*abus des plaisirs vénériens*, la *masturbation*, sont également rangés parmi les causes de l'affection qui nous occupe. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on ne trouve

parmi les femmes qui se livrent à la prostitution (1) qu'un très petit nombre d'hystériques, quoique ces femmes soient dans des conditions morales en apparence très favorables à l'apparition de la maladie. Il est donc bien difficile de faire la part de l'abus des plaisirs vénériens.

Continence. M. Landouzy n'hésite pas à regarder la continence comme une cause puissante d'hystérie, et, pour lui, la continence a cette action non seulement chez les femmes qui peuvent avoir des désirs dont elles connaissent la nature, mais encore chez des jeunes filles qui sont dans la plus parfaite ignorance. On a vu assez souvent le mariage guérir les attaques d'hystérie ; les faits de ce genre viennent à l'appui de l'opinion dont je parle, et que cet auteur partage avec ceux qui l'ont précédé ; mais nous ne connaissons pas d'une manière exacte l'action réelle de cette cause.

On a également attribué à l'*acte de la copulation sans aucun abus* la production de l'hystérie ; mais les faits sur lesquels on s'est étayé sont beaucoup moins convaincants que ceux qu'on a invoqués en faveur des causes précédentes. Il peut arriver que le coït soit une cause déterminante de quelques attaques d'hystérie, mais il n'en résulte pas pour cela qu'on doive le ranger parmi les causes prédisposantes lorsqu'il n'y a aucun abus.

Saisons ; climats. On a remarqué que l'hystérie est plus commune au printemps et dans l'été que dans les autres saisons, et qu'elle se montre beaucoup plus fréquemment dans les pays chauds que dans toute autre région, mais ce sont là des résultats d'une appréciation générale, auxquels il serait bon de pouvoir substituer ceux d'une statistique bien faite.

Hérédité. Parmi les observations rassemblées par M. Landouzy, il en est quelques unes dans lesquelles l'influence de l'hérédité ne paraît pas douteuse ; mais il faut répéter, au sujet de cette cause, ce que nous avons dit à propos des précédentes, c'est-à-dire que les recherches n'ont pas été faites de manière à pouvoir indiquer précisément son action.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, celles qu'on doit placer en première ligne consistent dans les *émotions morales* de toute espèce, lorsqu'elles ont un certain degré de vivacité ; ainsi les accès de colère, les transports de joie, l'émotion qu'on éprouve en apprenant une nouvelle imprévue, etc., etc. Ces causes sont non seulement déterminantes de la maladie, mais encore excitantes des attaques. Du reste, nous n'avons point d'éléments suffisants pour déterminer le degré de leur action.

Imitation. Il résulte de l'examen critique que M. Landouzy nous a donné des faits cités à l'appui de cette cause, que son action est au moins douteuse. Cet auteur rapporte sa production, dans les cas où elle s'est manifestée à la vue d'une attaque chez un autre sujet, plutôt à la frayeur éprouvée par la malade qu'à une imitation dont il est bien difficile de comprendre l'influence ; par conséquent, cette cause rentre dans celles que je viens d'indiquer.

Aménorrhée ; dysménorrhée. La plupart des auteurs ont accordé à la suppres-

(1) Voy. Parent-Duchâtelet, *De la prostitution dans la ville de Paris*. Paris, 1837, t. I, p. 246.

sion ou à la difficulté de l'éruption menstruelle une extrême influence sur la production de l'hystérie. M. Dubois (d'Amiens) a combattu cette manière de voir, et a critiqué, sous ce point de vue, les observations invoquées par les auteurs; mais il ne faudrait pas conclure des faits peu probants qui ont été rapportés, que la cause dont il s'agit ici a été signalée à tort. M. Landouzy a en effet cité un nombre considérable de cas dans lesquels le trouble de la menstruation a eu une influence évidente, et ce qui le prouve, c'est que, dès que la menstruation est redevenue normale, on a vu ordinairement l'hystérie disparaître.

On ne peut pas se prononcer d'une manière tout à fait aussi positive relativement à la *menstruation trop abondante* ou à la *ménorrhagie;* les faits sont en effet très rares dans lesquels cette cause s'est montrée d'une manière très évidente.

La *menstruation normale* a une influence marquée sur la production de l'hystérie et surtout sur l'apparition des attaques; les faits sont nombreux dans lesquels une ou plusieurs attaques d'hystérie se montrent, soit dans le cours, soit immédiatement avant ou immédiatement après l'éruption menstruelle.

Quant à la *leucorrhée*, à la *grossesse*, à l'*accouchement*, à l'allaitement, qu'on a regardés comme des causes occasionnelles puissantes, un examen attentif des faits démontre qu'on a au moins exagéré leur importance.

On a encore cité la *répercussion des exanthèmes*, la *suppression des flux anormaux ;* mais il résulte des recherches des auteurs récents, et en particulier de celles de M. Landouzy, que ces causes n'ont pas d'action réelle.

Altérations diverses de l'utérus. Dans un des passages les plus intéressants de son ouvrage, M. Landouzy a démontré que, dans l'hystérie, les affections de l'utérus sont fréquentes, et qu'assez souvent on a vu la maladie se dissiper en même temps que l'affection utérine. Je reviendrai sur ce point lorsque j'aurai à parler des lésions anatomiques.

L'influence des lésions qui ont leur siége dans d'autres parties du corps, et notamment dans l'appareil cérébro-spinal, a une importance beaucoup moins grande, bien que l'on ait cité quelques faits dans lesquels les attaques d'hystérie se sont montrées immédiatement après que ces lésions ont été produites.

On voit que nous avons été fréquemment obligé, dans ce qui précède, d'indiquer nos incertitudes, si ce n'est sur l'action des diverses causes mentionnées, du moins sur le degré de cette action. Malgré les travaux intéressants que nous avons sur ce point d'étiologie, il n'en est pas moins certain que des recherches très exactes et suffisamment nombreuses sont encore à désirer sur un sujet aussi important.

§ III. — Symptômes.

On a proposé plusieurs divisions de l'hystérie, mais comme elles n'ont pas, pour la plupart, d'importance réelle pour la description des symptômes, je n'ai pas cru devoir les indiquer. Il suffit, en effet, comme on pourra s'en convaincre, de décrire d'une manière générale l'affection, en ayant soin de mentionner quelques particularités qui donnent à certains cas une physionomie propre, et de distinguer deux formes principales, qui sont la *forme convulsive* et la *forme non convulsive :* distinction qui n'est nécessaire que pour la description des accès.

Prodromes. Il résulte des dernières recherches, que les prodromes sont con-

stants ou presque constants dans l'hystérie. Sur dix-neuf cas observés par M. Beau (1), il n'en est pas un seul qui n'ait présenté des prodromes évidents. M. Landouzy (2) divise avec raison les prodromes en ceux qui précèdent l'invasion des accès et en ceux qui précèdent les accès eux-mêmes. Je suivrai cette division.

Prodromes de l'invasion de la maladie. « Comme prodromes de l'invasion première de l'hystérie, on remarque, dit M. Landouzy, des modifications notables dans le caractère habituel, une grande irritabilité, une mobilité d'esprit et d'humeur continuelle, des impatiences, des crampes, des inquiétudes, des fourmillements, surtout aux extrémités inférieures; un besoin incessant de s'étendre, de s'étirer, de marcher, de changer de position; des idées tristes, des pleurs ou des rires sans sujet; des rêvasseries, des rêves bizarres ou effrayants, des insomnies; tantôt des frissons vagues, tantôt une chaleur brûlante; fréquemment un froid glacial aux mains; des variations extrêmes dans l'appétit et les digestions; plus tard, des battements de cœur et des spasmes sous les moindres influences; enfin une gêne d'abord faible, puis très pénible à la gorge, une constriction douloureuse à l'épigastre et à la poitrine, et la sensation d'une boule qui monte plutôt de la poitrine que de l'hypogastre.

» Il est bien difficile néanmoins, dans le cas où la crise est exempte de convulsions, de perte de connaissance ou de syncopes, d'établir des limites précises entre les phénomènes précurseurs et le paroxysme, les prodromes principaux se continuant sous forme de symptômes.

» Dans d'autres cas, il existe entre les prodromes et les symptômes proprement dits un intervalle marqué ou des différences telles, qu'il est impossible de méconnaître le moment où le paroxysme commence. D'autres fois enfin les prodromes cessent sans être suivis de la crise, soit par l'heureux résultat des moyens employés, soit par l'effet d'une émotion salutaire ou d'une puissante diversion. »

Prodromes des accès. « Les prodromes des accès, ajoute M. Landouzy, sont plus nets, mieux déterminés. Au lieu de consister principalement en des modifications de caractère, d'humeur, d'appétit, comme les prodromes d'invasion première de la maladie, ils consistent en des troubles plus tranchés. Les premiers étaient plutôt des accidents généraux, les seconds sont plutôt des accidents particuliers.

» Les prodromes de l'invasion première étaient lents et insensibles; les prodromes des paroxysmes sont, en général, courts et subits.

» Les premiers se confondent souvent avec le paroxysme, dont il est difficile de les distinguer; les seconds en sont plus distincts, soit qu'ils annoncent l'accès d'une manière éloignée, soit même qu'ils l'annoncent d'une manière prochaine.

» Les plus fréquents parmi ces prodromes sont : la céphalalgie, et surtout la céphalalgie occipitale, les éblouissements, les mouvements involontaires des globes oculaires ou des paupières, les troubles de la vue, la tristesse, la pâleur du visage, des pandiculations, des bâillements, des tintements d'oreille, des propos incohérents, des cris, des rires et des pleurs sans motif, des éructations, la perversion de l'appétit, des battements, des sueurs subites, et plus souvent des frissons et

(1) *Arch. gén. de méd.* Paris, 1836, 2e série, t. XI, p. 328.
(2) *Loc. cit.*



un refroidissement général ou partiel, enfin des douleurs variées ou des fourmillements dans les membres, et quelquefois des mouvements spasmodiques ou convulsifs.

» L'émission d'une urine claire et limpide, qui marque si souvent la terminaison de l'accès, a été notée aussi comme prodrome constant dans deux cas où les termes mêmes de la description ne peuvent laisser aucun doute.

» L'intervalle qui sépare ces phénomènes de l'attaque est très variable ; le plus généralement il est de quelques minutes, assez souvent de quelques secondes ; quelquefois d'un ou de deux jours.

» Ces phénomènes précurseurs étant variables à l'infini, comme tous les phénomènes nerveux, on chercherait en vain une relation exacte entre tel genre de prodromes et telle forme d'accès ; cependant il ressort de l'observation que les frissons, les bâillements, les palpitations, annoncent particulièrement la forme non convulsive, et surtout la syncope, tandis que le trouble de la vue, la céphalalgie et les spasmes légers précèdent ordinairement les accès convulsifs. »

Je n'ai rien à ajouter à cette description si précise.

Début. La maladie débute par un accès, et par conséquent, en décrivant successivement les symptômes qui caractérisent les accès dans les deux formes que j'ai admises, je ferai connaître la manière dont la maladie commence.

Symptômes. — *Forme convulsive.* L'accès débute ordinairement, dans cette forme, par des cris, une agitation marquée, un sentiment de constriction de l'épigastre ou un serrement de la gorge, et bientôt une chute à laquelle succèdent les convulsions.

Ces *convulsions* sont très irrégulières : on voit les malades étendre leurs bras à droite et à gauche, agiter leurs jambes, se porter çà et là dans leur lit, se mettre tout à coup à leur séant, et bientôt se rejeter brusquement sur le dos. Ces mouvements sont quelquefois si étendus et si violents, qu'on a beaucoup de peine à maintenir les malades dans leur lit, et que, si l'on n'y prenait garde, elles pourraient se blesser grièvement. Par moments elles s'accrochent avec force à tout ce qui les entoure, et elles serrent avec une si grande énergie, qu'on s'aperçoit que leur force est considérablement augmentée. Si l'on touche alors les muscles convulsés, on les trouve durs et saillants. On a vu des cas dans lesquels elles ont rampé avec vivacité dans toute l'étendue d'une salle ; mais ces cas sont très rares et exceptionnels, ainsi que quelques autres dans lesquels on a observé des convulsions bizarres qui ne peuvent être considérées que comme un objet de curiosité : ainsi la courbure du corps en arc, la flexion de tous les membres, des positions extraordinaires, etc. J'en excepterai *certains mouvements du bassin* qui semblent indiquer des désirs vénériens, et qu'on a signalés comme tels, sans que néanmoins le fait soit parfaitement démontré. Des craquements des articulations se font entendre dans ces violentes convulsions ; le plus souvent l'agitation des membres et les contractions rapides du tronc constituent seules ce symptôme capital de la maladie ; les autres formes de convulsions ne sont que des variétés dont l'importance n'est pas très grande.

Pendant que les malades présentent ces contractions violentes et involontaires des muscles de la vie de relation, on observe un symptôme très important qui prouve que pareille chose se passe dans les *muscles de la vie de nutrition.* C'est la

constriction ombilicale et épigastrique et la *sensation d'un corps étranger*, d'une boule qui remonte le long de l'œsophage jusqu'à la gorge, et qui détermine un sentiment de strangulation très pénible. Tout le monde connaît ce symptôme important, cette sensation particulière à laquelle on a donné le nom de *boule hystérique*. Chez toutes les malades qu'a interrogées M. Landouzy, il a constaté que cette boule était *tournoyante* pour l'abdomen et *ascendante* pour le thorax. Les malades manifestent ce symptôme, même lorsqu'elles ont perdu plus ou moins complétement connaissance, en portant vivement les mains à l'épigastre, à la gorge, et en faisant des mouvements comme pour en arracher un corps qui les menace de strangulation. Quelques unes se frappent violemment la poitrine, la compriment avec force, cherchent à s'égratigner, déchirent leurs vêtements, s'efforcent parfois de mordre, en un mot se livrent à des violences qu'on a quelquefois peine à concevoir.

Les convulsions s'étendent ordinairement aux *yeux*. Les paupières sont habituellement fermées, quelquefois entr'ouvertes, mais presque toujours agitées d'un frémissement continuel. Le globe de l'œil est souvent le siége de mouvements plus ou moins rapides. Les autres muscles de la face sont ordinairement exempts de convulsions; cependant on a vu les mâchoires presque aussi fortement serrées que dans le trismus, et des contractions rapides traverser les joues. Les narines sont largement ouvertes. La tête est ordinairement un peu renversée en arrière.

Pendant les convulsions, la *face* est presque toujours animée, chaude et vultueuse. Chez quelques malades, elle présente seulement une rougeur assez vive aux pommettes; chez d'autres, elle est au contraire pâle et froide.

Du côté des *organes digestifs*, nous trouvons des accidents qui sont encore évidemment dus à des contractions spasmodiques. Ce sont: 1° la constriction œsophagienne et pharyngienne; 2° les contractions épigastriques et des *vomissements* qui se montrent dans un certain nombre de cas, et qui sont probablement dus à la contraction violente de l'estomac et du diaphragme; cet organe et les intestins se remplissent souvent de gaz, ce dont on s'assure par la palpation et la percussion; et l'on voit certaines malades rejeter brusquement ces gaz par la bouche ou par l'anus; 3° du côté de l'abdomen, des borborygmes, un gargouillement qu'on ne peut attribuer qu'aux contractions spasmodiques de l'intestin, qui font circuler rapidement les gaz et les liquides d'un point vers un autre. Si l'on examine alors l'abdomen, on trouve fréquemment à sa surface des *bosselures* qui changent de place, et qui sont dues aux contractions dont je viens de parler; parfois il y a une véritable *tympanite* qui peut être portée au point que le corps surnage dans le bain (Brodie); 4° enfin quelques observateurs ayant cherché à introduire le doigt dans le rectum ont trouvé que les sphincters étaient dans un état de constriction marqué, et d'autres ont observé des cas dans lesquels cette constriction était tellement forte, qu'on ne pouvait pas administrer des lavements. D'un autre côté, la convulsion s'étend au pharynx, d'où résulte une difficulté plus ou moins grande de la déglutition; et comme on observe quelquefois un *ptyalisme* continuel, on a pu, dans certaines circonstances, croire à l'existence d'une *hydrophobie*.

La *respiration* est toujours laborieuse; parfois elle est haletante, extrêmement accélérée, suspirieuse et incomplète; d'autres fois, au contraire, elle est lente, et chaque inspiration est prolongée et profonde, comme si la malade avait été privée d'air pendant un temps trop long; enfin, dans les accès les plus violents, on la

trouve bruyante et stertoreuse. Chez quelques malades, on observe une toux fatigante et sèche ; mais les cas de ce genre sont rares. Le sentiment de suffocation dont j'ai parlé plus haut est un phénomène constant.

La *voix*, dans les accès très intenses, est souvent rauque, et la parole est entrecoupée. Les malades poussent parfois des cris déchirants, ou imitent ceux de certains animaux. On a cité des exemples d'*aboiement hystérique*, bien connus de tout le monde.

La *circulation* ne présente quelquefois, pour tout phénomène extraordinaire, que la lenteur du *pouls*, qui contraste avec les violents symptômes qui viennent d'être indiqués. Dans quelques cas, le pouls est petit et accéléré, et, dans d'autres, irrégulier et même intermittent ; les *battements du cœur* sont habituellement sourds et profonds, et, dans quelques cas, on a observé des *palpitations* et des battements tumultueux du cœur ; ce sont ceux dans lesquels le pouls est accéléré et irrégulier. On a cité quelques *bruits anormaux* du cœur et des vaisseaux comme appartenant à l'hystérie ; mais l'observation nous apprend qu'il faut les attribuer à l'état anémique dans lequel se trouvent un certain nombre de malades.

La *syncope* est un phénomène qu'on observe assez fréquemment dans l'hystérie. Tantôt la syncope ne dure que quelques minutes, tantôt elle se prolonge pendant plusieurs heures et même pendant plusieurs jours ; elle est alors nécessairement incomplète. Il y a, dans ces derniers cas, *mort apparente*, et il est arrivé qu'on a enseveli ou qu'on a été sur le point d'ensevelir des malades dans cet état. La syncope peut se terminer par la mort.

Pour terminer la description de l'accès convulsif de l'hystérie, il me suffira, après l'indication de quelques autres symptômes qu'on peut considérer comme secondaires, de décrire l'état des facultés intellectuelles et de la sensibilité, qui est, comme chacun sait, extrêmement important à étudier dans cette affection. Ces symptômes sont : les sanglots, les soupirs, les gémissements, le *rire convulsif* et parfois même l'éternument.

Chez un certain nombre de malades, *il n'y a pas de perte de connaissance*, et il en est même qui peuvent encore répondre par moments aux questions qu'on leur adresse. Mais le plus souvent, si l'accès a un peu d'intensité, bien que les malades conservent leur connaissance, qu'elles aient la conscience de tout ce qui se fait autour d'elles, qu'elles entendent tout ce qui se dit, elles ne peuvent ni parler ni faire comprendre ce qu'elles désirent. Georget a remarqué que, dans ces cas, les convulsions sont ordinairement moins violentes que dans ceux dont je vais parler et où l'on observe la perte de connaissance.

Cette *perte de connaissance* est complète ou incomplète ; dans le premier cas, les malades ont entièrement perdu, après l'attaque, le souvenir de tout ce qui s'est passé depuis le moment où elles sont tombées. C'est alors surtout que l'on observe le gonflement, la teinte livide de la face, l'écume à la bouche, le grincement des dents, et un degré plus ou moins marqué d'insensibilité. C'est aux cas de ce genre qu'on a donné le nom d'*hystéro-épilepsie* (1), bien que, ainsi que le fait remarquer M. Landouzy, il n'y ait, à proprement parler, aucun symptôme d'épilepsie. Dans d'autres cas, les malades n'ont qu'un souvenir vague de ce qui s'est passé ; mais si,

(1) Beau, *loc. cit.*

pendant l'attaque, on a fortement fixé leur attention, on a pu momentanément rappeler d'une manière complète la connaissance. Ce qu'il importe surtout de noter dans ce symptôme, c'est qu'il ne survient qu'après une certaine durée de l'attaque, et ne se manifeste jamais au début même, comme dans le cas d'épilepsie. M. Landouzy a insisté avec raison sur ce caractère important.

On a observé aussi, pendant les attaques d'hystérie, un *délire* gai ou furieux; on a vu des malades plongées dans une profonde *extase*; on a cité des cas de *somnambulisme*, et d'autres dans lesquels les malades, même les mieux élevées, ne pouvaient s'empêcher de prononcer les paroles les plus obscènes et de proférer les plus grossiers jurements.

Je pourrais parler ici de la paralysie, de la roideur tétanique, de la rétention d'urine; mais comme ces symptômes persistent en général après les attaques, j'aurai à m'en occuper plus loin.

Bien que, comme je viens de le dire, il y ait des cas dans lesquels les malades présentent un degré plus ou moins marqué d'insensibilité aux excitants extérieurs, il est ordinaire de constater l'existence de *sensations douloureuses* dont elles conservent parfois le souvenir, même alors qu'elles ont paru avoir perdu complétement connaissance. Ces sensations consistent dans de vifs élancements ayant un siége variable, dans des déchirements, des tortillements, en un mot une très grande variété de douleurs spontanées.

Quelques unes disent avoir éprouvé des troubles variables du côté des *sens* : ce sont des bourdonnements, des sifflements d'oreille, des éblouissements. Mais lorsque la connaissance est conservée, ni l'ouïe, ni la vue ne sont abolies; seulement, relativement à cette dernière, il faut remarquer, comme je l'ai dit plus haut, que la constriction des paupières s'oppose à la vision.

Symptômes des accès non convulsifs. Les accès non convulsifs existent évidemment dans l'hystérie, ils sont même très fréquents, et l'on ne comprend pas comment quelques auteurs, et en particulier Georget, ont pu regarder la convulsion comme le symptôme essentiel, nécessaire de cette maladie. Chaque jour les praticiens sont à même d'observer de semblables accès, dont les phénomènes se retrouvent tous dans l'attaque convulsive, et qu'il me suffira, par conséquent, de rappeler ici.

Au premier rang de ces phénomènes, il faut placer celui qu'on a désigné par le nom générique de *boule hystérique*, et que j'ai spécialement mentionné plus haut. Mais, bien que le plus souvent on ait à noter cette sensation d'une boule remontant du bas-ventre à l'épigastre et au cou, où elle détermine un sentiment marqué de strangulation et de suffocation, on ne laisse pas néanmoins d'observer, dans un assez bon nombre de cas, des sensations différentes, comme un sentiment de brûlure, un froid glacial, des frémissements, des tortillements qui occupent les mêmes points et causent une vive angoisse à la malade.

Du côté des *voies digestives*, on trouve des symptômes semblables à ceux qui ont été indiqués dans les attaques convulsives (difficulté de la déglutition, vomissements, borborygmes, coliques, météorisme, etc.).

On note aussi des bouffées de chaleur au visage; la *céphalalgie* particulière des hystériques (clou hystérique), et les troubles des diverses fonctions tels que je les ai indiqués plus haut (palpitations, ralentissement du pouls, difficulté de la respi-

ration, tintements d'oreille, etc.). Des *crampes* sont également observées dans quelques cas, et ce phénomène rapproche, jusqu'à un certain point, l'accès non convulsif de l'accès convulsif.

Les accès non convulsifs revêtent fréquemment les caractères que je viens d'exposer ; mais, d'une part, il est des cas dans lesquels plusieurs autres symptômes importants viennent s'y joindre, et, de l'autre, il en est qui, au contraire, ne présentent qu'un très petit nombre de ces caractères. M. Landouzy a très bien exposé ces variétés dans le passage suivant :

« Dans cette forme non convulsive peuvent survenir, dit-il (1), la *perte* complète ou incomplète de *connaissance*, l'*extase*, le *somnambulisme*, les *idées délirantes*, la *syncope*, et enfin tous les autres accidents que nous étudierons plus loin (à propos des attaques convulsives dont j'ai déjà donné la description), sauf les convulsions.

» Réduite au contraire à son minimum d'intensité, la forme non convulsive consiste uniquement dans un simple paroxysme très long ou très court, constitué par la seule sensation plus ou moins pénible de la boule hystérique, avec bouffées de chaleur, pleurs, anéantissement, etc. »

Terminaison des attaques. Il n'est pas très rare de voir la forme convulsive succéder à la forme non convulsive, et alors, après une plus ou moins grande durée de l'état qui vient d'être décrit, on voit les malades agitées des divers mouvements involontaires que nous avons indiqués plus haut. Mais, de quelque nature que soit l'accès, qu'il y ait eu ou non des convulsions, qu'il y ait eu ou non perte de connaissance, on voit, dans un très grand nombre de cas, apparaître des phénomènes qui annoncent la terminaison de l'attaque. Ce sont des cris, des plaintes, des gémissements, des soupirs, des éclats de rire, et surtout des *pleurs* qui se montrent dans l'immense majorité des cas.

Un autre phénomène qu'il importe de noter comme annonçant la terminaison de l'accès, est l'excrétion d'une *urine incolore et limpide*, semblable à de l'eau, et aussi, dans quelques cas, comme il résulte des faits rassemblés par M. Landouzy, une *excrétion utérine ou vaginale* plus abondante que de coutume.

État des malades immédiatement après l'attaque. Pendant un temps plus ou moins long après l'accès, les malades sont dans un état d'abattement d'autant plus considérable que les phénomènes ont été plus violents. Elles éprouvent un brisement marqué des membres, et assez souvent même lorsqu'il n'y a pas eu de véritables convulsions. Leur caractère reste irritable, leurs sens sont exaltés, elles ont surtout une grande finesse de l'ouïe, et le bruit le plus léger les incommode.

La *céphalalgie* persiste ordinairement avec la forme qu'elle avait pendant l'attaque (clou hystérique) ; l'*intelligence* reste plus ou moins obtuse, surtout lorsqu'il y a eu perte complète de connaissance ; les malades se livrent avec peine aux travaux de l'esprit ; on en voit même qui ont du *délire* comme dans les moments qui suivent une attaque d'épilepsie.

La *paralysie* d'un ou de plusieurs membres ; la *paralysie de la vessie ;* la *dysphagie*, etc. ; la *roideur tétanique ;* la *perte de la sensibilité* dans une partie du corps, etc., persistent ordinairement plus ou moins longtemps après que les autres symptômes ont disparu.

(1) *Loc. cit.*, p. 27.

Les divers phénomènes qui suivent les accès se dissipent ordinairement au bout de quelques heures, d'un ou deux jours. Cependant ils peuvent exister plus longtemps, et c'est ce qu'on remarque en particulier pour l'*aphonie*, accident qu'on ne laisse pas d'observer assez souvent à la suite des fortes attaques d'hystérie. En traitant de l'*aphonie* (1), je suis entré dans d'assez grands détails sur ce symptôme chez les hystériques; je dois donc me contenter d'y renvoyer le lecteur.

Etat des malades dans les intervalles des attaques. Ainsi que je viens de le dire, les phénomènes qui succèdent aux attaques peuvent se prolonger outre mesure. J'ai vu à la Salpêtrière une jeune fille qui, après des attaques d'hystérie qui se reproduisaient environ tous les deux mois, avait une hémiplégie qui durait au moins quinze jours, et ne se dissipait que graduellement. L'aphonie peut également se prolonger pendant un nombre de jours assez considérable, et quelquefois on est obligé de lui opposer des moyens actifs; il en est de même de la roideur tétanique. On a vu des malades conserver pendant un temps assez long une altération des facultés intellectuelles.

Outre ces symptômes, on observe souvent chez les femmes affectées d'hystérie, alors même qu'elles sont à une époque assez éloignée des attaques, des *douleurs nerveuses* dans diverses parties du corps, et notamment un point douloureux occupant la bosse pariétale dont j'ai plusieurs fois parlé sous le nom de *clou hystérique*. Suivant M. Gendrin, il y aurait un signe caractéristique et constant de l'hystérie, qui consisterait dans une *perte de la sensibilité* occupant une plus ou moins grande étendue du corps (2). C'est un fait à vérifier, et qui est loin d'être généralement admis.

Les fonctions digestives s'exécutent souvent mal, les digestions sont laborieuses, les malades sont sujettes à la *gastralgie* et à l'*entéralgie*. Habituellement elles ont une assez grande exaltation des sens, leurs forces sont promptement abattues, à moins qu'elles ne soient dans un moment d'excitation morbide, auquel cas elles peuvent présenter une remarquable force de résistance. En un mot, il y a chez elles une excitation nerveuse dont les rapports avec les symptômes de l'attaque sont facilement appréciables.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est variable, ainsi que le font remarquer la plupart des auteurs. Il résulte de la description précédente, et c'est à peine s'il est besoin de le rappeler, que l'hystérie a pour caractère essentiel de se produire *par accès*. Mais comment ces accès se succèdent-ils? comment augmentent-ils d'intensité? comment décroissent-ils? C'est là ce qu'il s'agit d'indiquer, et ce qui constitue les divers modes que suit la marche de la maladie.

Les accès diffèrent d'une *attaque* d'hystérie en ce que celle-ci peut être constituée par plusieurs de ces accès. Dans certains cas, il n'y a qu'un accès; dans d'autres, il y en a trois, quatre, dix, douze, soixante et plus; les intervalles de ces accès laissent observer des troubles nerveux variables; ils sont plus ou moins longs (quelques minutes, une demi-heure, rarement plus), d'où il résulte que la durée

(1) Voy. art. *Aphonie*.
(2) *Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1846, t. XI, p. 1367.

des attaques est très variable (une ou deux heures, et jusqu'à vingt et quarante jours).

Il est des cas, ainsi que le fait remarquer M. Landouzy, à qui nous avons dû emprunter un grand nombre de détails, parce qu'il a le mieux étudié les faits, où, dès les premiers accès, l'hystérie a atteint son summum d'intensité, et dans ces cas elle se manifeste tout d'abord avec le caractère convulsif. D'autres fois elle commence par de légers troubles nerveux, par des accès peu appréciables, puis elle va en augmentant d'intensité, et les phénomènes deviennent de plus en plus tranchés et nombreux. En pareil cas, on voit la maladie se produire par des accès non convulsifs, et il arrive ensuite ou que les accès continuent à présenter, pendant tout le cours de l'affection, ce caractère non convulsif, ou, ce qui est plus fréquent, que les convulsions viennent, à une époque plus ou moins éloignée du début, se joindre aux autres symptômes.

Dans ces deux modes, la maladie suit un cours à peu près déterminé, de telle sorte qu'on peut fréquemment prévoir la venue des accès.

Enfin il résulte évidemment des faits rassemblés par M. Landouzy que, dans certains cas la marche est tout à fait irrégulière et semble dépendre uniquement des causes excitantes; tant qu'on réussit à éloigner celles-ci, on ne voit pas les accès apparaître, et cette apparition est par conséquent aussi imprévue que les causes déterminantes dont il s'agit.

Il est important de dire un mot de la *périodicité*. Elle est de deux sortes. Dans la première, on voit la maladie se produire avec une certaine régularité, à des intervalles assez éloignés, et principalement lors de l'éruption des règles; dans la seconde, il s'agit d'une périodicité semblable à celle des fièvres intermittentes : ainsi on voit l'hystérie affecter le type quotidien, le type tierce, etc. L'accès revient régulièrement à la même heure, dure quelques heures, et se dissipe à peu près au même moment de la journée. Est-ce là une *fièvre intermittente hystérique?* La plupart des auteurs l'ont pensé; mais, suivant M. Landouzy, il n'y aurait, en pareil cas, autre chose que des accès de fièvre intermittente pernicieuse ou non, dans le cours desquels surviendrait une attaque d'hystérie qui en serait indépendante. Cette manière de voir ne me paraît pas applicable, à beaucoup près, à tous les cas, et je ne trouve pas que l'auteur que je viens de citer en ait démontré l'exactitude. Lorsqu'on voit, par exemple, des accès d'hystérie se produire sans accélération du pouls, tous les jours, à la même heure, et céder au sulfate de quinine pour ne plus revenir, je ne conçois pas qu'on puisse trouver, dans des cas semblables, autre chose qu'une de ces fièvres larvées qui prennent les formes les plus variées. N'est-ce pas de cette manière que se produisent les névralgies intermittentes, et a-t-on jamais songé à regarder les cas où il en est ainsi comme de simples fièvres intermittentes, pendant lesquelles il y a un accès de névralgie indépendant de la fièvre? En présence des faits cités par M. Landouzy lui-même, je crois donc qu'il est impossible de ne pas admettre cette forme de l'hystérie, ce qui est très important pour le traitement.

Parmi les causes auxquelles on a attribué une influence sur la marche de l'hystérie, on ne doit guère tenir compte que de la grossesse, qui, d'après les faits connus, suspend quelquefois les attaques, mais plus souvent les rend plus violentes et plus fréquentes.

La *durée* de la maladie est on ne peut plus variable. Elle dépend, dans un grand nombre de cas, de la persistance ou de la disparition de la cause qui a produit l'hystérie. Cette affection se prolonge quelquefois pendant toute l'existence.

La première apparition des règles, le coït, le rétablissement de la menstruation plus ou moins troublée, sont des circonstances dans lesquelles on voit la maladie se terminer souvent d'une manière favorable; mais cette *terminaison* s'observe bien plus fréquemment encore à l'*âge critique*. Quelquefois l'affection cesse brusquement après un accès; mais il est bien plus fréquent de voir les accès diminuer d'intensité, les intervalles s'éloigner, et l'affection disparaître graduellement. Il est extrêmement rare de voir cette maladie se terminer par la mort. Cependant on en a cité quelques exemples, et l'on conçoit très bien qu'une syncope très prolongée, comme celles dont j'ai parlé plus haut, puisse avoir ce résultat. On a rapporté des cas dans lesquels l'affection s'est terminée par l'épilepsie, par la catalepsie, ou par une affection mentale.

Les *affections intercurrentes*, lorsqu'elles ont une certaine intensité, ont une influence marquée sur la marche de la maladie. Les maladies aiguës la suspendent ordinairement, et il en est de même de la terminaison des maladies chroniques, lorsque l'organisme est profondément débilité. Quant aux *complications*, on ne les trouve guère que parmi les maladies cérébrales et les autres névroses.

§ V. — Lésions anatomiques.

C'est à M. Landouzy qu'il faut demander des renseignements sur les lésions anatomiques, parce qu'il a étudié ce point avec un soin particulier, et qu'il a obtenu des résultats qu'on chercherait vainement dans les autres auteurs. Examinant les lésions des divers organes chez les sujets hystériques qui ont été enlevés par une affection quelconque, M. Landouzy arrive d'abord à ce résultat important que, sur trente-neuf cas, on a noté trois fois seulement des lésions encéphaliques, trois fois des altérations de l'appareil respiratoire, et vingt-neuf fois des lésions de l'utérus ou de ses annexes. La proportion de ces dernières est, comme on le voit, très considérable, et mérite d'être notée. Que si maintenant nous consultons les observations dans lesquelles les lésions utérines ont été constatées pendant la vie, nous voyons qu'on a trouvé ces lésions vingt-six fois sur vingt-sept cas, c'est-à-dire dans la presque totalité. Cette proportion est si remarquable, qu'on doit y voir, avec M. Landouzy, plus qu'une présomption en faveur de la *localisation de la maladie dans l'appareil générateur*. Toutefois il ne faudrait pas regarder cette affection comme une conséquence directe des lésions dont l'utérus ou ses annexes sont le siége; il suffit, en effet de l'aveu même des auteurs qui ont défendu cette opinion, et de M. Landouzy en particulier, d'un simple trouble nerveux des organes génitaux pour produire l'hystérie; et la preuve, c'est que dans un certain nombre de cas, on ne trouve absolument aucune lésion appréciable à nos sens. Ce qu'il faut reconnaître seulement, c'est que ces lésions, souvent profondes, doivent avoir une influence notable sur l'influx nerveux, et de là celle qu'elles ont sur la production de la névrose. De cette manière se trouve jugée cette question en litige que j'ai signalée plus haut, savoir : si l'hystérie est une affection cérébrale, ou si elle est dépendante d'une lésion utérine.

Maintenant est-il nécessaire d'entrer dans de grands détails sur les lésions ana-

tomiques qu'on a rencontrées dans les organes génitaux de la femme? Non, sans doute; il suffit de dire que ces lésions sont très variables, et qu'on a mentionné parmi elles presque toutes celles qui peuvent affecter ces organes, depuis l'inflammation simple jusqu'à la désorganisation lá plus profonde.

Hystérie chez l'homme. Mais on a objecté que l'hystérie se montre chez l'homme. M. Landouzy, rassemblant les faits cités à l'appui de cette objection, en trouve une trentaine, dont quinze doivent être éliminés tout d'abord, parce qu'ils sont réduits à une simple énonciation ou dépourvus des détails les plus importants. Puis l'auteur en met de côté un bon nombre dans lesquels il y a eu erreur de diagnostic ou dans lesquels le défaut de précision ne permet pas de porter un diagnostic rigoureux, et il n'en trouve, en définitive, que quatre (rapportés par F. Hoffmann, Breschet, et MM. Mahot et Aligre) qui méritent un examen sérieux. Or, dans ces cas, bien que les symptômes aient une très grande analogie avec ceux de l'hystérie, on n'observe, ainsi que le fait remarquer M. Landouzy, ni la miction abondante et claire après l'accès, ni les pandiculations et les pleurs sans motifs, ni « cette susceptibilité nerveuse, cette mobilité particulière qui constitue, en dehors des crises, l'habitude hystérique. »

Ces différences sont-elles suffisantes pour faire rejeter les faits d'hystérie chez l'homme? C'est ce qui paraîtra peut-être douteux, et M. Landouzy lui-même ne se prononce pas sur ce point d'une manière formelle. Il aurait bien fait, à notre avis, de rapporter intégralement les observations, sans laisser au lecteur, qui voudrait se former une opinion d'après l'examen des faits, le soin de remonter aux sources. Mais la question n'est pas aussi grave qu'elle pourrait le paraître au premier abord; car ainsi que le fait très bien remarquer M. Landouzy, que prouveraient ces faits, si ce n'est que dans quelques circonstances rares, les organes génitaux de l'homme peuvent être affectés de la même manière que ceux de la femme dans l'hystérie?

J'ajoute que M. Desterne (1) a cité un cas très curieux d'hystérie revenant à des intervalles variables sous forme d'attaques bien caractérisées *chez un jeune homme* de vingt-cinq ans, et que j'ai vu moi-même un exemple semblable chez un jeune homme d'une vingtaine d'années.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

On peut dire que, dans l'immense majorité des cas, rien n'est plus facile que le diagnostic de l'hystérie; mais il en est aussi dans lesquels les difficultés sont incontestables, et demandent toute l'attention du médecin. M. Landouzy ayant étudié avec le plus grand soin cette partie de l'histoire de la maladie, je dois continuer à le consulter.

Les affections avec lesquelles on peut confondre l'hystérie, dans quelques cas, sont l'*épilepsie* et l'*éclampsie*. Quant à la *catalepsie*, ce n'est que dans des circonstances fort rares qu'on peut être embarrassé; je les indiquerai dans un autre article. Enfin on a prétendu que l'hystérie peut être confondue avec l'*hypochondrie*, mais il n'en est rien, et par conséquent il me suffira de dire quelques mots de ce diagnostic lorsque j'aurai à m'occuper de l'hypochondrie.

(1) *Union méd.*, 28 septembre 1848.

Je commencerai par reproduire le tableau synoptique suivant, dans lequel M. Landouzy a tracé le dignostic différentiel de la maladie qui nous occupe et de l'épilepsie; car, bien que ce tableau contienne un très grand nombre de détails, la question est si importante, qu'on ne doit rien négliger pour la résoudre. Je présenterai ensuite quelques réflexions sur la valeur des signes qui y sont contenus.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

HYSTÉRIE.	ÉPILEPSIE.
Exclusive *au sexe féminin*.	Affecte *les deux sexes*.
Ne se manifeste *jamais avant les approches de la puberté*.	Très *souvent congénitale*.
Causée le plus généralement *par des émotions affectives ou des troubles organiques* du système génital.	*Par des émotions brusques*, violentes, et par des *lésions de l'encéphale*.
Nulle influence des révolutions lunaires.	*Influence incontestable* (?).
Influence *marquée* des périodes menstruelles.	Influence *beaucoup moindre*.
Union sexuelle *le plus souvent favorable* à la guérison.	*Le plus souvent nuisible*.
Céphalalgie *purement accidentelle*.	*Habituelle*.
Première invasion de la maladie, *précédée souvent d'une surexcitation nerveuse* spéciale.	*Instantanée*.
Prodromes *constants*, *plus ou moins éloignés*.	*Nuls ou très prochains*.
Puissance de la volonté *assez grande pour ralentir l'invasion de l'accès* et pour permettre aux malades de choisir jusqu'à un certain point un endroit convenable pour le temps de l'accès.	Quels que soient le lieu ou les circonstances dans lesquels se trouvent les malades, ils *tombent subitement sans pouvoir retarder la crise d'une seconde*.
Accès *précédé ou accompagné de constriction à la gorge ou du globe hystérique*.	*Aucun phénomène qui puisse simuler ces sensations*.
Cris plaintifs, bizarres, comme articulés, plutôt *à la fin de l'attaque* qu'au commencement; pleurs, rires sans motifs.	*Cri unique* de surprise *au moment de l'attaque*.
Accès *beaucoup plus fréquents le jour* que la nuit.	*Aussi fréquents la nuit* que le jour.
Perte de connaissance *incomplète en général; jamais primitive* lorsqu'elle est complète.	*Toujours complète*, profonde et *immédiate*.
Sensibilité *conservée en tout ou en partie*, souvent augmentée, *anéantie*, *seulement dans le cas de complications*, et jamais d'une manière immédiate.	*Toujours complétement et immédiatement anéantie*.
Mouvements convulsifs *étendus*, rapides, également faciles dans l'extension et dans la flexion, toujours *égaux de chaque côté* du corps, excepté lorsqu'il y a complication de catalepsie, d'épilepsie ou de paralysie.	*Peu étendus*, roides, saccadés, toniques, tétaniques, *toujours plus prononcés d'un côté du corps que de l'autre*; doigts rétractés, fléchis sur le pouce.
Physionomie *à peine altérée*.	Face *tuméfiée*, *violacée*, *toujours livide*.
Salive écumeuse *très rare*.	Bave écumeuse, *constante*, *excepté dans les accès très courts*.
Les accès *durent rarement moins d'une demi-heure*, presque toujours plus longtemps.	Les plus longs ne *dépassent guère dix minutes* (1).
En proportion à peu près égale, simples et composés.	*Bien plus souvent simples* que composés.

(1) Sans doute on voit des accès hystériques durer moins d'une minute (nous en avons rapporté des exemples), et des accès épileptiques durer plusieurs heures; mais ces cas font exception à la règle générale.

L'accès terminé, l'*intelligence reprend son empire.* Il y a quelquefois perversion, souvent exaltation, mais *jamais collapsus des facultés intellectuelles.*	Après l'accès, *état comateux*, sommeil lourd et fatigant. Si la maladie se prolonge, la mémoire s'affaiblit, *les facultés physiques et intellectuelles s'altèrent.*
Cette perversion et cette exaltation peuvent aller jusqu'à la manie, mais *jamais jusqu'à la démence.*	Cette altération va *souvent jusqu'à la démence.*
L'hystérie *peut exister sans accès.*	L'épilepsie n'*existe pas sans accès.*

J'ai voulu présenter ce tableau tel que l'a donné l'auteur; mais je dois faire remarquer que quelques unes des propositions qu'il contient sont contestables ou peu précises. Nous avons vu plus haut qu'il n'est pas parfaitement démontré que l'hystérie soit exclusive au sexe féminin. En outre, il résulte des recherches de M. Leuret, sur l'épilepsie, qu'on ne peut pas dire que cette affection est très souvent congénitale, que l'influence des révolutions lunaires est une croyance sans fondement réel, que les attaques d'épilepsie ont lieu *plus souvent la nuit que le jour*, ce qui rend le contraste plus frappant encore. Enfin il faut ajouter à ce que dit M. Landouzy, de l'état mental qui succède aux accès d'épilepsie, que certains malades sont saisis d'un délire violent et parfois furieux, ce qui les rend très dangereux, ce qu'on n'observe pas dans l'hystérie.

Avec ces rectifications, on a un tableau parfait des symptômes de l'une et de l'autre maladie, d'où résulte une opposition presque complète dans les cas ordinaires. Mais il est des cas où les choses ne se passent pas d'une manière aussi simple, et tels sont ceux auxquels on a donné le nom d'*hystéro-épilepsies.* Dans ces cas, on peut observer l'écume à la bouche, la flexion du pouce dans la paume de la main, la perte rapide de connaissance, l'anéantissement de la sensibilité. Alors le diagnostic devient un peu plus difficile; mais il est encore permis de le porter avec sûreté si l'on a égard à l'invasion de la maladie, aux convulsions cloniques de l'hystérie et toniques de l'épilepsie, et surtout à la sensation de la boule hystérique, au sentiment de strangulation qu'épouvent les malades, d'où il faut conclure que ce sont là, en définitive, les caractères distinctifs essentiels de ces deux affections.

L'*éclampsie* a des symptômes qui, ainsi qu'on a pu le voir dans la description que j'ai donnée plus haut, se rapprochent de ceux de l'hystérie. Les principaux signes qui distinguent ces deux affections se trouvent réunis dans le tableau synoptique suivant :

HYSTÉRIE.	ÉCLAMPSIE.
Se montre *chez les filles pubères, hors de l'état puerpéral.*	Se montre *chez les enfants de tout sexe*, ou *dans l'état puerpéral.*
Constriction marquée de la gorge; *boule hystérique.*	Respiration plus ou moins gênée, spasme, mais *non constriction* de la gorge; *pas de boule hystérique.*
Cris plaintifs, bizarres, gémissements, soupirs.	Généralement *pas de cris.*
Souvent perte de connaissance *incomplète.*	Perte de connaissance *complète*; coma plus ou moins profond dans les intervalles des convulsions.
Convulsions désordonnées et *tendance à la jactitation.*	Convulsions moins désordonnées; *tendance des membres à se porter dans l'adduction et dans la flexion.*

Mouvements involontaires et étendus *du tronc.*	Ordinairement *roideur du tronc.*
Sensibilité *rarement abolie*, et *jamais au début* de l'accès.	Sensibilité *tout d'abord abolie.*
Face *peu altérée.*	Face *bouffie, violacée,* couverte de sueur.
Pouls ayant ses *caractères normaux*, un peu *ralenti.*	Pouls très *petit*, *accéléré*, souvent difficile à compter.

Ces signes distinctifs sont suffisants pour permettre de porter un diagnostic positif.

Dans quelques cas rares, on voit des symptômes *cataleptiques* venir se joindre à ceux de l'hystérie; il y a alors, comme l'ont fait remarquer les auteurs, réunion de deux névroses, il y a une *hystéro-catalepsie* que l'on reconnaît à ce que les convulsions cloniques ont précédé les phénomènes cataleptiques. Que si au milieu des convulsions cloniques on remarquait une contraction tonique, on ne devrait voir dans ces phénomènes qu'une *roideur tétanique* qui est venue se joindre à l'affection principale, et non une catalepsie.

Je renvoie, je le répète, ce que j'ai à dire sur le diagnostic différentiel de l'hystérie et de l'*hypochondrie* à l'article consacré à cette dernière affection.

Pronostic. Il est vrai de dire que l'hystérie, dans l'immense majorité des cas, n'est pas une maladie grave, en ce sens qu'elle ne cause pas la mort. Cependant il est des cas incontestables, comme on peut s'en assurer en parcourant les observations rassemblées par M. Landouzy, dans lesquels cette affection a eu une terminaison funeste, qu'on ne pouvait attribuer à aucune complication. En pareil cas, la mort survient soit dans une syncope, soit à la suite de symptômes épileptiformes. Il est d'observation, en effet, que les cas auxquels on a donné le nom d'*hystéro-épilepsies* sont fort graves.

Ce n'est pas seulement par leur terminaison funeste, mais encore par leur persistance et par leur résistance à tous les traitements que certains cas peuvent être regardés comme appartenant à une maladie grave. Pour poser, sous ce rapport, les bases du pronostic, il faut avoir égard aux causes qui ont produit et qui entretiennent les attaques d'hystérie. Les affections organiques profondes doivent faire porter un pronostic grave; il en est de même de toutes les causes qu'il est difficile de faire cesser. En général, plus la maladie est ancienne, plus on a de difficulté à la guérir, ce qui du reste se remarque dans toutes les névroses.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de l'hystérie présente un si grand nombre de moyens accumulés sans ordre et sans méthode pendant une longue série de siècles, et le plus souvent sous l'influence d'idées erronées, qu'il est très difficile de démêler, au milieu de toutes ces recettes, fréquemment bizarres, ce qu'il faut recommander particulièrement. M. Landouzy a fait une critique fort juste de cette médication, où l'on trouve un bon nombre de moyens ridicules ou inexécutables pour tout médecin qui a un peu de respect pour la science. Du point de vue où s'est placé cet auteur après beaucoup d'autres observateurs recommandables, il est possible de tracer des règles générales qui peuvent guider le praticien. Aussi après avoir, avec presque tous les auteurs, exposé le *traitement préventif* de l'*hystérie*, présenterai-je le *traitement curatif*, en ayant principalement égard aux lésions qui peuvent

être regardées comme le point de départ de la maladie et aux causes qui ont pu la produire.

1° *Traitement préventif.* Ce traitement consiste à soumettre les malades à une bonne hygiène, qui éloigne autant que possible les causes du mal; aussi plusieurs auteurs lui ont-ils donné le nom de *traitement hygiénique.*

Au premier rang des moyens qui composent ce traitement, il faut placer l'*éloignement de tout ce qui peut allumer des désirs vénériens*, et par suite produire une excitation des organes génitaux; c'est dire qu'il faut éloigner les jeunes filles qui présentent l'état nerveux précurseur des attaques, ou qui ont eu déjà des attaques, de tous les spectacles propres à provoquer ces désirs; qu'il faut leur interdire les lectures, les conversations qui peuvent avoir le même résultat. Cette indication est suffisante pour le médecin.

Des *occupations multipliées* agissent utilement, en éloignant les idées dont je viens de parler. Il faut prendre garde néanmoins de trop fatiguer les jeunes personnes, car on risquerait de produire un épuisement nerveux favorable à l'apparition des attaques.

On évite cet inconvénient en entremêlant les travaux de *promenades*, d'une *gymnastique* qui amène la fatigue en même temps qu'elle augmente les forces et raffermit la constitution.

Il est bon aussi de *ne permettre le coucher que lorsque le sommeil est imminent*, et surtout de *faire lever les malades immédiatement après le réveil ;* car, dans l'inaction du lit, les pensées peuvent prendre une mauvaise direction.

Mariage. C'est une opinion très ancienne, et aujourd'hui encore très généralement répandue, que l'*acte de la copulation* est un des meilleurs remèdes contre l'hystérie ; mais cette manière de voir présente beaucoup d'exagération : aussi le médecin doit-il bien se garder de parler inconsidérément de ce moyen, même dans les circonstances les plus favorables, c'est-à-dire lorsque l'on peut facilement, en peu de temps, faire contracter à la personne menacée d'hystérie un mariage convenable, ce qui doit être toujours fort rare. J'insiste sur ces considérations, parce qu'elles sont essentiellement pratiques ; le médecin étant, en semblable circonstance, la personne à laquelle on demande nécessairement conseil, il faut avoir prévu tous les cas, et se mettre à même de ne pas compromettre une profession qu'il faut toujours faire respecter. Si l'on a pu s'assurer que la maladie a pour cause un amour contrarié, si, d'après les observations qu'on a faites, on a lieu de penser que, sans être dans le cas qui vient d'être indiqué, la personne menacée d'hystérie a des désirs vagues, et si, d'un autre côté, elle est nubile et paraît d'une constitution vigoureuse, on est autorisé à parler aux parents de ce moyen dont l'utilité n'est pas contestable, car il est démontré par les faits, bien que quelques auteurs aient prétendu le contraire, que le mariage a fréquemment fait cesser les attaques d'hystérie. Mais il faut recommander de ne pas agir avec trop de précipitation, car ce n'est pas seulement, à beaucoup près, l'acte de la copulation qui doit être regardé comme le moyen curatif, mais en même temps un changement d'état qui procure à la personne menacée d'hystérie tout le calme et toute la satisfaction désirables. S'il était évident que chez une femme antérieurement mariée la continence fût la cause de la maladie, on devrait agir de même. Au reste, je n'insiste pas sur cette question délicate, et dont la solution doit varier suivant des circonstances

très diverses et appréciables par le médecin seul ; je voulais seulement établir qu'il n'y a rien d'immoral à conseiller le mariage, lorsqu'on le fait dans les cas qui le réclament évidemment, et avec toute la prudence nécessaire. Lorsque, par une cause quelconque, le mariage ne peut être conseillé, le médecin doit s'interdire toute suggestion qui pourrait porter les malades vers l'acte sexuel, et ne recourir qu'aux moyens de diversion précédemment indiqués.

On s'accorde à dire que le *régime* des personnes menacées d'hystérie doit être doux et léger, mais qu'il faut prendre garde de le rendre trop affaiblissant. Quant à nous, nous devons reconnaître que les recherches sur ce point sont trop insuffisantes pour qu'il soit possible de se prononcer d'une manière positive. Les excitants, les boissons alcooliques, le café, sont généralement proscrits.

Enfin, on a proposé de produire de *vives impressions* sur le moral des malades, principalement par la frayeur. Mais les dangers de ce moyen sont trop évidents et ses avantages trop hypothétiques pour qu'on ne doive pas le proscrire sévèrement.

Maintenant il serait utile de pouvoir, d'après un nombre suffisant de cas, apprécier rigoureusement l'influence de ce traitement préventif; mais les matériaux nous manquent, et nous devons nous borner à signaler aux observateurs ce sujet de recherches aussi difficile qu'intéressant.

2° *Traitement des accès.* Lorsqu'on est appelé auprès d'une malade qui présente les prodromes d'un accès imminent, on peut chercher à le prévenir, et c'est là le *traitement préventif des attaques d'hystérie.* Les moyens qui composent ce traitement sont à très peu près les mêmes que ceux qui constituent le traitement préventif de la maladie que nous venons de passer en revue. Ainsi on cherchera à distraire les malades, et à éloigner la cause évidente ou présumée sous l'influence de laquelle l'accès tend à se produire. Les médecins anciens ont conseillé beaucoup d'autres moyens pour prévenir les accès : ainsi les sinapismes, les frictions irritantes, les cautérisations, etc., etc.; mais aujourd'hui on s'accorde à reconnaître que ces divers moyens n'ont pas l'action qu'on leur a attribuée, et on les a abandonnés pour recourir à d'autres, qu'on met également en usage contre l'accès quand il s'est déclaré, et dont je vais donner l'indication.

Antispasmodiques. L'emploi des antispasmodiques est, comme on le pense bien, généralement répandu dans le traitement de l'hystérie en général et dans celui des accès en particulier. Le nombre des formules dans lesquelles entrent ces substances est extrêmement considérable. Il serait beaucoup trop long de les indiquer ici ; je me contenterai de faire connaître les principaux parmi les moyens de ce genre.

L'*éther* est une des substances qu'on a le plus fréquemment mises en usage, et qui, dans un très grand nombre de cas, ont eu des résultats avantageux évidents. On le donne à la dose de 1, 2, 3 grammes dans une potion, et par cuillerées. Les *gouttes d'Hoffmann* (éther alcoolisé) à la dose de dix à vingt gouttes, à plusieurs reprises s'il est nécessaire, ont eu une grande réputation ; enfin l'éther a été uni à beaucoup d'autres médicaments prescrits contre les accès d'hystérie. L'*inhalation de l'éther* a été essayée dans ces derniers temps, mais avec des résultats défavorables. Cependant, plus récemment encore, M. Desterne (1) a employé dans

(1) *Union méd.*, 28 septembre 1848.

tous les cas les *inhalations de chloroforme* pour combattre les accès, et ce moyen lui a toujours réussi ; j'en ai moi-même retiré des avantages évidents. Quelquefois, comme le prouve une observation de M. L. Rieux (1), les premières inspirations de l'agent anesthésique augmentent l'excitation ; mais cette excitation n'est que momentanée et ne doit pas empêcher l'administration du chloroforme.

La *valériane*, le *castoréum*, l'*assa fœtida*, le *musc*, l'*oxyde*, le *sulfate de zinc*, ont été également mis en usage, ainsi que le *camphre* et le *succin*. La formule suivante, employée par M. Bally, réunit quelques unes de ces substances :

℞ Poudre de castoréum ...	ââ 4 gram.	Poudre de valériane....... 4 gram.
de succin.		Camphre................. 0,60 gram.
d'assa fœtida. ..		Sirop de karabé.......... Q. s.

F. s. a. des bols de 30 centigrammes. Dose : de six à huit par jour.

Ideler (2) faisait prendre le *sulfate de zinc* ainsi qu'il suit :

℞ Sulfate de zinc....... 0,40 gram. | Eau................. 240 gram.

Dissolvez. Dose : une cuillerée à bouche toutes les huit heures.

Je ne multiplierai pas ces citations ; il n'y aurait pas d'avantage réel, puisque, parmi les substances préconisées, il n'en est pas qu'on puisse recommander d'une manière toute spéciale. Il suffit donc d'avoir recours aux formulaires.

L'*acétate*, le *carbonate*, le *succinate d'ammoniaque*, ont été également mis en usage par beaucoup de médecins. Le docteur Clarey unit l'acétate (esprit de Mindererus) à l'assa fœtida de la manière suivante :

℞ Assa fœtida............... 2 gram. | Acétate d'ammoniaque liquide. 4 gram.

Dose : de quarante à cinquante gouttes quatre fois par jour.

Je présente ces divers moyens sans faire de réflexions, parce que je me réserve d'entrer plus loin dans des considérations générales à ce sujet.

Les *narcotiques* sont d'un très grand usage dans cette maladie. L'*opium*, qu'on donne séparément à la dose de 5, 10 centigrammes et plus, progressivement, fait aussi partie d'un grand nombre de formules. Je me bornerai à citer la suivante, qui a été donnée par Selle (3) :

℞ Galbanum pulvérisé....	ââ 15 gram.	Castoréum........ ...	ââ 4 gram.
Assa fœtida id.		Safran...............	
Extrait d'angélique id..		Opium.................	2 gram.

Mêlez. Ajoutez :

Essence de castoréum.............................. Q. s.

Faites des pilules de 0,10 grammes. Dose : de cinq à huit, deux fois par jour.

Le *datura*, la *belladone* et d'autres narcotiques ont été également conseillés, mais c'est contre la maladie elle-même et dans l'intervalle des attaques. J'en dirai quelques mots plus loin. J'ajouterai seulement ici que dans un cas où il y avait, du côté de l'utérus, des douleurs semblables à celles de l'avortement, M. Pagès (4)

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 16 mars 1851.
(2) *Hufeland's Journ.*, 1797.
(3) *Médecine clinique*, 1797, 2 vol. in-8.
(4) *Revue médicale*, 1829.

réussit à faire disparaître les accès en faisant faire plusieurs fois par jour des onctions sur le col de l'utérus avec la *pommade d'extrait de belladone*.

Les *odeurs fétides*, très pénétrantes, ont, dans un bon nombre de cas rapportés par les auteurs, eu l'effet de modérer la violence des accès, rarement de les faire cesser. On sait que c'était autrefois l'usage de brûler dans l'appartement, et jusque sous le nez des malades, des matières cornées, des plumes, etc. Aujourd'hui on se contente de faire inspirer de l'eau de Cologne, de l'éther, du vinaigre, ou de l'*ammoniaque*. Relativement à cette dernière substance, il faut agir avec circonspection lorsque les malades ont perdu complétement connaissance et sont tombées dans le coma; on ne doit pas maintenir trop longtemps le liquide sous les narines, car il pourrait en résulter une inflammation grave de la membrane muqueuse des voies aériennes; nous aurons à signaler de nouveau cet inconvénient dans le traitement des accès d'*épilepsie*, où il est plus grave encore.

« A l'hôpital de Middlesex, dit M. Landouzy, on emploie des *liquides aromatiques*, sous forme de douches, sur la figure, les seins, les yeux, la bouche, avec le plus grand succès, dit-on; et nous avons rapporté, sur la foi de M. Cerise, une observation dans laquelle quelques gouttes d'*eau tiède* répandues sur la main ont plusieurs fois calmé les paroxysmes. C'est pour remplir sans doute une indication semblable qu'Horstius conseille de *souffler du poivre dans les narines*. »

Ingestion forcée de l'eau froide dans l'estomac. M. Cruveilhier, qui conseille ce moyen (1), le regarde comme infaillible, et cite plusieurs cas où il a parfaitement réussi.

Il faut, pour l'employer, saisir le moment où les mâchoires peuvent s'écarter, introduire entre les dents un corps qui ne puisse pas les briser, le manche d'une cuiller de bois, par exemple, puis verser une grande quantité d'eau (une bouteille) dans la gorge. Les premières gorgées augmentent d'abord le spasme, qui ne tarde pas ensuite à diminuer.

On procède ainsi lorsque la malade a perdu connaissance et lorsque les mâchoires sont contractées; dans le cas contraire, il suffit de faire boire lentement un ou plusieurs verres d'eau froide. Cette dernière médication avait été déjà conseillée par Rivière et Hoffmann; et M. Landouzy (2), ayant plusieurs fois employé l'*ingestion forcée* de l'eau froide, comme le conseille M. Cruveilhier, a vu les spasmes diminuer ou cesser entièrement. Ce moyen est donc un de ceux qu'on doit le plus particulièrement recommander.

Lavements d'eau froide. On peut rapprocher de ce moyen les lavements d'eau froide, recommandés par le docteur Chiappa (3); ce médecin a vu ces lavements, et surtout les lavements d'*eau frappée de glace*, calmer à l'instant les accès d'hystérie. C'est à l'expérience ultérieure à nous faire connaître d'une manière précise la valeur de ce moyen.

Les *affusions froides* ont parfois produit le même résultat (4). En somme, l'emploi de l'eau froide, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, peut compter parmi les meilleurs moyens contre les attaques d'hystérie. Aussi les partisans de l'*hydro-*

(1) Voy. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1833, obs. de M. Carteaux.
(2) Voy. Landouzy, *loc. cit.*
(3) *Ann. univ. di med.*, 1831.
(4) Voy. Récamier, *Revue méd.*, 1826.

thérapie ont-ils beaucoup vanté cette méthode de traitement dans cette affection, et ont-ils rapporté un certain nombre de cas de guérison.

Inspiration de l'acide carbonique. Le docteur Nepple a appelé l'attention des praticiens sur l'emploi de l'acide carbonique pur dans le traitement de l'hystérie. Mais comme nous ne possédons encore, ainsi que le fait remarquer M. Landouzy, qu'un seul cas en faveur de ce moyen, il suffit de l'indiquer, et nous devons attendre, pour le recommander plus particulièrement, que l'expérience nous ait plus amplement instruit.

A l'exemple de tous les auteurs récents, je mets de côté les diverses *excitations des parties génitales* recommandées par les anciens auteurs; ce sont des pratiques que personne ne peut conseiller aujourd'hui.

On a cité des cas dans lesquels des *injections* narcotiques, aromatiques, antispasmodiques, dans le vagin, ont fait cesser les attaques, mais ces cas sont peu nombreux.

Emissions sanguines. Jusqu'à présent, je n'ai pas parlé des émissions sanguines, parce qu'on ne les emploie pas très fréquemment dans le traitement des attaques; cependant plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut citer F. Hoffmann et Sylvius, en ont recommandé l'emploi, et l'on a cité des faits dans lesquels ces évacuations ont réussi à dissiper l'attaque. La *saignée du bras*, la *saignée du pied*, les *sangsues derrière les oreilles* ont produit ces bons effets; mais on n'a pas suffisamment établi dans quelles circonstances elles doivent être pratiquées.

Enfin on a eu recours à la *ligature des membres*, qui paraît avoir arrêté quelquefois les accès.

On le voit, nous avons été presque réduit à faire une simple énumération des moyens mis en usage dans cette maladie, et toutes les fois que nous avons voulu en faire une appréciation rigoureuse, nous avons été arrêté par le défaut de documents. Une remarque générale, faite par M. Landouzy, sur ces moyens préventifs, rend très hypothétique leur valeur dans un très grand nombre de cas : « Du reste, dit-il, un fait important à constater, c'est que l'habitude rend bientôt toutes ces tentatives inefficaces, et qu'après les avoir vues réussir dans les premiers accès, on les voit bientôt insuffisantes dans les suivants. » Il faut peut-être faire une exception en faveur de l'ingestion forcée de l'eau froide, qui a pour elle, ainsi que nous l'avons vu, des faits plus positifs et mieux constatés.

Dans deux cas d'hystérie caractérisée par des accès très violents M. le docteur Fissan (1) a obtenu un effet sédatif très prononcé par l'emploi des *ventouses sèches sur l'hypogastre.*

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DES ACCÈS.

Enlever d'auprès des malades tous les objets qui pourraient devenir des causes de blessures.

Les éloigner des murs et des meubles contre lesquels elles pourraient se contondre les membres et la tête.

Enlever toutes les ligatures qui peuvent gêner les mouvements et blesser les malades.

(1) *Bull. de la Soc. de méd. de la Sarthe*, 1853.

Leur procurer l'inspiration de l'air frais ; faire disparaître les objets ou les personnes dont la vue les blesse.

3° *Traitement curatif de la maladie.* Le traitement des accès est évidemment insuffisant. Il faut en outre s'occuper d'empêcher leur retour, ou, en d'autres termes, de guérir l'hystérie, et c'est dans cette partie du traitement qu'on trouve le plus de difficultés.

Je dirai d'abord que tous les moyens que j'ai énumérés dans le *traitement prophylactique*, et la plupart de ceux qui sont mis en usage dans le *traitement des accès*, se retrouvent dans le traitement curatif ; seulement ils sont employés avec beaucoup plus de persistance, et plus les accès deviennent violents, plus on les rend énergiques.

Avant tout, il faut, ainsi que le font remarquer tous les auteurs, rechercher avec soin quelle est la cause qui produit l'hystérie, afin de la faire cesser.

Les *diverses lésions de l'utérus :* l'inflammation, les déplacements, les *altérations profondes*, doivent être traités par les moyens que j'ai mentionnés en parlant des maladies de la matrice, et sur lesquels je n'ai pas à m'étendre ici. Il a parfois suffi d'une ou de plusieurs applications de *sangsues*, de quelques *saignées*, de l'emploi des *emménagogues*, de l'*application d'un pessaire* ou de l'*extraction* de cet instrument lorsqu'il cause des accidents, pour faire cesser de violents accès d'hystérie. Je rappellerai ici l'emploi de l'*ammoniaque liquide*, recommandé par M. Duparcque (1) dans les cas de dysménorrhée, et dont j'ai fait connaître ailleurs l'administration. Le médecin instruit saura parfaitement remonter à ces causes et à d'autres du même genre, et agir en conséquence.

Mais il est bien des cas où la cause n'est pas facile à découvrir, et surtout où, cette cause étant découverte, on ne peut tirer aucun parti de cette indication, et l'on doit agir simplement contre les accidents de la névrose. Ici reviennent ces médicaments si nombreux dont j'ai indiqué quelques uns plus haut.

Je ne parlerai ni des *amulettes*, ni des *sachets médicamenteux*, ni de certaines substances, comme celles qu'on emprunte aux diverses parties du corps humain, et dont l'emploi est absurde. Je joindrai seulement aux moyens que j'ai fait connaître plus haut quelques médications qui ont eu une certaine vogue. Sans doute il faut reconnaître, avec M. Landouzy, que tout cet attirail thérapeutique n'a pas l'importance qu'on lui attribuait autrefois, et que, dans les formules que nous ont laissées nos prédécesseurs, il se trouve un mélange souvent ridicule de substances hétérogènes ; mais je pense que cet auteur a été un peu trop loin en proscrivant toutes les formules compliquées. Il est bon assurément de rechercher quelles sont dans ces formules les substances actives, mais on ne saurait *à priori* les proscrire toutes, surtout quand on se rappelle l'action de certaines médications très compliquées, qui, comme celle à laquelle on a donné le nom de *traitement de la Charité*, doivent compter encore parmi les plus sûres et les plus actives. C'est aux observateurs modernes à rechercher par l'expérimentation quels sont, parmi les moyens *antihystériques*, ceux qu'on doit rejeter et ceux qu'on doit prescrire.

Antispasmodiques. Je rappellerai d'abord les médicaments antispasmodiques indiqués plus haut, et j'y ajouterai les préparations suivantes :

(1) Voy. art. *Dysménorrhée*.

Élixir fétide de Fulde.

℞ Alcool rectifié..........	125 gram.	Esprit de corne de cerf. ...	ãã 4 gram.
Castoréum.............	16 gram.	Opium.................	
Assa fœtida............	8 gram.		

Faites digérer pendant quatre jours ; filtrez. Dose : 4 grammes dans une infusion de tilleul.

Les Allemands emploient, sous le nom de *Zincater*, une composition dans laquelle entrent le *chlorure de zinc* et l'*éther sulfurique* de la manière suivante :

℞ Chlorure de zinc.........	15 gram.	Éther sulfurique..........	60 gram.
Alcool rectifié............	30 gram.		

Mêlez. Dose : de deux à quatre gouttes, deux fois par jour, dans un demi-verre d'eau sucrée.

Je ne pousserai pas plus loin cette indication des antispasmodiques ; les formulaires fourniront, sous ce rapport, un très grand nombre de renseignements.

Narcotiques. Les narcotiques ont été employés par un assez grand nombre d'auteurs. D'abord, ainsi que nous l'avons vu plus haut, on trouve l'*opium* dans un bon nombre de formules composées principalement de médicaments antispasmodiques, et récemment M. Gendrin (1) a fait de cette substance, administrée à *haute dose*, la base du traitement. Cet auteur veut qu'on commence par 5 centigrammes par jour, et qu'on arrive graduellement à la dose de 60 à 75 centigrammes dans le même espace de temps. Il dit avoir remarqué que, tant que la maladie résiste, il n'y a pas de somnolence. On commence à s'apercevoir que le remède a une action favorable, lorsque le narcotisme se montre. Dès lors, en effet, tous les symptômes décroissent. M. Gendrin affirme avoir guéri ainsi plus de la moitié des hystériques. C'est à l'observation ultérieure à nous éclairer définitivement sur la valeur de cette indication.

On a cité un très grand nombre de cas dans lesquels d'autres narcotiques, et principalement la *belladone* et le *datura stramonium*, ont procuré la guérison de l'hystérie. Parmi les préparations dans lesquelles le narcotique est uni à un médicament antispasmodique, je citerai la suivante :

℞ Iodure de zinc et de morph.	0,0025 gram.	Sirop de gomme.............	Q. s.
Poudre de guimauve.....	1 gram.		

F. s. a. huit pilules. Dose : une ou deux par jour.

On peut augmenter graduellement cette dose. Le docteur Blackell (2) a préconisé particulièrement la *teinture de belladone* ainsi préparée :

℞ Extrait de belladone..... 40 gram. | Alcool................. 500 gram.

Dose : d'abord deux ou trois gouttes par jour.

On peut augmenter assez rapidement cette dose, que l'on peut élever graduellement jusqu'à trente, quarante gouttes, et plus encore, en surveillant néanmoins l'action du médicament.

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 11 août 1846, t. XI, p. 1367.
(2) *The Lond. med. Reposit.*

M. le docteur de Breyne (1) emploie contre l'hystérie les pilules suivantes auxquelles il a donné le nom de *pilules antihystériques :*

℞ Camphre............ Assa fœtida..........	} ââ 12 gram.	Extrait aqueux thébaïque.... 1 gram.
Extrait de belladone.....	4 gram.	Sirop de gomme............ Q. s.

Faites cent vingt pilules. On donne une pilule le premier jour, et l'on augmente d'une pilule chaque jour jusqu'à six en vingt-quatre heures, deux le matin, deux à midi et deux le soir, deux heures avant le repas.

C'est le docteur Redenberg qui a le plus particulièrement insisté sur l'emploi de l'extrait de *datura stramonium.* Il l'administre à la dose de 0,40 grammes, en ayant soin toutefois de n'y arriver que graduellement. Des faits qui ont été publiés prouvent que cette dose peut être considérablement dépassée lorsque l'on prend les précautions convenables.

Moyens divers. Je dois mentionner encore un certain nombre de moyens sur lesquels nous avons des renseignements moins précis, mais qu'il importe de connaître, afin que l'on puisse les expérimenter de nouveau. Ce sont : l'*acétate de plomb*, recommandé par Richter et Saxthorph ; le *carbonate d'ammoniaque* qui entre dans les pilules de Rosen ; l'*huile de cajeput*, employée principalement par les médecins allemands ; l'*acide hydrochlorique*, qui a été recommandé par Elwert; le *nitrate d'argent*, vanté par plusieurs auteurs, et en particulier par M. Mérat (2).

Mais c'est assez insister sur ces moyens divers. Il me reste maintenant à dire quelques mots d'une médication importante qui consiste dans l'emploi du *sulfate de quinine.* Lorsque les accès sont périodiques, il ne faut pas hésiter à mettre ce médicament en usage, car il a procuré un assez grand nombre de guérisons remarquables. « Une observation qui résulte de notre expérience personnelle, dit M. Landouzy, c'est que le sulfate de quinine échoue constamment lorsque, avec un ou plusieurs accès évidemment périodiques, il existe d'autres accès irréguliers. » Il faut, avec l'auteur que je viens de citer, reconnaître que, dans une maladie où le système nerveux se trouve aussi exalté, on doit administrer le sulfate de quinine avec une très grande prudence.

Je ne reviendrai pas ici sur ce que j'ai dit plus haut de l'influence salutaire du *mariage*, que le médecin ne doit pas hésiter à conseiller, lorsqu'il s'est assuré qu'il est indiqué. Les auteurs se sont beaucoup occupés de divers symptômes en particulier, et c'est avec raison ; mais comme dans d'autres portions de cet ouvrage nous avons eu occasion d'exposer la manière dont on doit agir dans ces différents cas, nous ne devons parler ici que de quelques phénomènes particuliers.

Traitement des symptômes. — Douleurs. Les malades affectées d'hystérie éprouvent des douleurs fort vives, qui durent plus ou moins longtemps. Y a-t-il quelque moyen qu'on puisse opposer, d'une manière générale, à ces douleurs? Évidemment non. Lorsque les indications pour combattre l'hystérie ont été bien nettes et bien saisies, on voit le symptôme disparaître avec la maladie générale. Dans les cas

(1) *Journ. des conn. méd.-chir.* : *Lettres sur les propriétés thérapeutiques de la belladone*, décembre 1849.

(2) Voy. art. *Chorée*.

où il existe un de ces *points névralgiques* que tous les auteurs ont signalés (*clou hystérique*, etc.), on peut employer des moyens locaux dirigés contre les névralgies. Nous avons vu de ces douleurs disparaître sous l'influence de ce traitement, sans que la maladie principale ait été arrêtée (1). Mais ces douleurs sont parfois rebelles; alors il faut se contenter de chercher à les calmer par les *narcotiques*, les *réfrigérants*, tout en attaquant énergiquement l'hystérie.

Paralysie, *roideur tétanique*, *etc.* On n'a presque jamais à s'occuper d'une manière spéciale de ces troubles de la motilité qui, étant une conséquence de l'hystérie, se dissipent avec elle. Si, néanmoins, ils se prolongeaient outre mesure, on pourrait leur opposer les moyens que j'ai indiqués aux articles consacrés à la paralysie partielle, aux convulsions, etc.

Hoquet. Lorsque le hoquet persiste et ne se dissipe pas en même temps que les accès, il réclame des soins particuliers que j'indiquerai plus loin (2).

Coliques. Les hystériques sont sujettes à des coliques nerveuses quelquefois très intenses. Si les calmants ne réussissent pas, on pourra recourir à la *compression* et au *massage*, recommandés par M. Récamier.

Vomissement. L'*eau magnésienne*, l'ingestion des *narcotiques*, les *boissons glacées*, la *glace*, la *potion de Rivière*, l'*eau de Seltz*, conviennent contre ces vomissements, qui sont souvent beaucoup plus facilement arrêtés par de simples *lavements fortement laudanisés.*

Météorisme. Brodie recommande les *lavements stimulants* lorsque l'abdomen est très distendu. M. Landouzy préfère les *préparations magnésiennes.*

Syncope, *mort apparente.* Je n'aurais rien à ajouter à ce que j'ai dit ailleurs (3) sur le traitement de la syncope et de la mort apparente; seulement je ferai observer qu'il ne faudrait espérer aucun bon résultat de la position, qu'on maintiendrait en vain la tête plus basse que le reste du corps, et que les faits de ce genre prouvent combien la théorie de M. Piorry sur la syncope est fautive, et combien il a mal interprété des phénomènes d'ailleurs bien connus avant lui.

Je ne pousserai pas plus loin ce traitement des symptômes, n'ayant rien à indiquer que le lecteur ne puisse facilement trouver dans les articles consacrés à d'autres affections.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement préventif.* Éloigner tout ce qui peut exciter les désirs vénériens; occupations; distractions; exercice; gymnastique; mariage; soins hygiéniques en général.

2° *Traitement des accès.* Antispasmodiques; narcotiques; odeurs fortes; douches aromatiques; ingestion forcée de l'eau froide; lavements d'eau glacée; affusions froides; inspirations de l'acide carbonique; inhalations de chloroforme; injections diverses; émissions sanguines; ligature des membres.

3° *Traitement curatif.* Traiter les lésions de l'utérus; antispasmodiques; narcotiques; moyens divers; mariage.

4° *Traitement des symptômes.*

(1) Voy. mon *Traité des névralgies.*
(2) Voy. art. *Hoquet.*
(3) Voy. art. *Syncope.*

ARTICLE XIV.

ÉPILEPSIE.

L'épilepsie est une maladie qui a des phénomènes beaucoup trop frappants pour n'avoir pas été connue et étudiée dès la plus haute antiquité. Tout le monde connaît les passages d'Hippocrate qui se rapportent à cette maladie, et ce serait afficher un luxe d'érudition inutile que de mentionner même les principaux parmi les nombreux auteurs qui nous ont donné des descriptions de cette névrose. Je me contenterai, après avoir cité, parmi les anciens, Arétée, Cœlius Aurelianus, et à une époque plus rapprochée, Morgagni et Van-Swieten, de signaler les travaux modernes qui ont jeté le plus de jour sur cette affection. Ce sont ceux d'Esquirol (1), Foville (2), Georget (3), Calmeil (4), Bouchet et Cazauvieilh (5), et surtout de M. Beau, de Leuret et de M. Herpin (6) de Genève. Les recherches de ces derniers auteurs ont été faites avec tant de soin et de méthode, qu'elles nous fournissent les documents les plus précieux. M. Beau (7) et M. Moreau (8) ont étudié avec le plus grand soin, et à l'aide d'un grand nombre de faits bien analysés, la symptomatologie et l'étiologie de cette affection. Les recherches de Leuret, qui devaient porter sur tous les points de l'histoire de l'épilepsie, n'ont pu être terminées, et ce que nous en connaissons (9) fait bien vivement regretter qu'elles n'aient pas pu être publiées complétement. Leuret n'a traité que des causes prédisposantes, des causes réelles et de la marche de la maladie. M. Herpin s'est surtout occupé du pronostic et du traitement. J'aurai, dans le cours de cet article, à citer un grand nombre d'auteurs, que je n'ai pu faire entrer dans cette énumération.

On a proposé, pour l'étude de l'épilepsie, un bon nombre de divisions. Il serait peu utile de les énumérer ici. La division la plus généralement admise est celle dans laquelle on distingue une épilepsie *idiopathique* et une épilepsie *symptomatique*. Je dois dire tout d'abord que cette division est parfaitement fondée. Il suffit, pour s'en convaincre, de savoir, d'une part, que, dans un grand nombre de cas, les attaques d'épilepsie ne reconnaissent aucune cause organique appréciable, et d'autre part, de se rappeler que, dans certaines affections chroniques du cerveau et de la moelle (10), ces attaques sont un symptôme évident de la maladie. S'ensuit-il que, dans cet article, je doive décrire séparément l'épilepsie idiopathique et l'épilepsie symptomatique? Non, sans doute : car, en premier lieu, la ligne de démarcation entre ces deux espèces n'est nullement tranchée, et d'un autre côté j'ai

(1) *Traité des maladies mentales*. Paris, 1838, t. I, p. 274.
(2) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. ÉPILEPSIE.
(3) *Dict. de méd.*, art. ÉPILEPSIE.
(4) *De l'épilepsie sous le rapport de son siége*. Paris, 1824.
(5) *De l'épilepsie dans ses rapports avec l'aliénation mentale* (*Arch. gén. de méd.*, Paris, 1825, t. IX, p. 410; t. X, p. 5).
(6) *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie*. Paris, 1852.
(7) *Rech. statist. pour servir à l'histoire de l'épilepsie et de l'hystérie* (*Arch. gén. de méd.*, t. II, 2e série).
(8) De l'étiologie de l'épilepsie (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1853, t. XVIII, p. 1 et suiv.).
(9) Voy. *Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1843, t. II, p. 32 : *Rech. sur l'épilepsie*.
(10) Voy. notamment *Tubercules du cerveau*.

dit, dans les articles qui viennent d'être rappelés, ce qu'il importe de savoir relativement à l'épilepsie symptomatique. S'il reste quelque particularité à ajouter, il suffira de la signaler chemin faisant.

Quant aux autres divisions, elles ne méritent pas de mention particulière. On a fondé certaines espèces sur les circonstances particulières dans lesquelles se produit la maladie; mais ce sont là uniquement des questions d'étiologie. On a admis une épilepsie *sympathique* d'une affection étrangère au cerveau ; c'est encore une question purement étiologique. En un mot, les diverses divisions qu'on a proposées, dans le but de rendre plus facile l'étude de l'épilepsie, ne font que la rendre plus pénible, en donnant une importance exagérée à des points secondaires.

Dans la description des symptômes, j'aurai à tenir compte de deux *formes* très distinctes de l'épilepsie, c'est-à-dire des *attaques convulsives* et des simples *vertiges*, car on verra qu'elles présentent des particularités du plus haut intérêt.

§ I. — Définition, synonymie.

Tous les auteurs ont donné, pour définition de l'épilepsie, une description sommaire de cette maladie, et il n'est réellement pas possible de faire autrement; mais il me semble qu'on a poussé trop loin cette description, et qu'il suffit des caractères suivants : l'épilepsie est une maladie nerveuse et apyrétique caractérisée, soit par des *attaques brusques* revenant à des intervalles variables et dont les symptômes sont une perte subite de connaissance, des convulsions et une gêne notable de la respiration, soit par des *vertiges* de plus ou moins longue durée. Les autres symptômes n'ont plus la même importance.

Les dénominations sous lesquelles on a désigné l'épilepsie sont très nombreuses, et indiquent, pour la plupart, ainsi que le fait remarquer Georget, que la maladie a été longtemps considérée comme une affection surnaturelle, ou bien font allusion au symptôme qui a le plus frappé les divers auteurs. Je signalerai les suivantes comme les principales : *Morbus sacer*, *divinus morbus*, *morbus major ; morbus herculeus*, *heracleus*, *lunaticus*, *astralis*, *sideratus*, *scelestus*, *puerilis*, *insputatus*, *epilepticus*, *epilemticus ; analepsia*, *apoplexia parva ; mal caduc*, *haut mal*. Aujourd'hui le nom d'*épilepsie* est universellement admis.

La fréquence de cette cruelle affection est bien connue de tout le monde. Il n'est pas d'hospice consacré aux maladies mentales qui ne renferme un nombre considérable d'épileptiques. Nous allons voir dans quelles conditions de la vie elle se manifeste principalement.

§ II. — Causes.

Comme je l'ai dit plus haut, c'est dans les auteurs les plus récents qu'il faut chercher une étude vraiment instructive de l'étiologie de l'épilepsie. Dans les premiers temps de la médecine, on a attribué à cette affection une origine merveilleuse, et quoique Hippocrate (1), et après lui les principaux auteurs, aient cherché à faire justice de bien des opinions sans aucun fondement, elles ne se sont pas moins propagées d'âge en âge, jusqu'aux derniers siècles. Les travaux de Leuret, de MM. Beau et Herpin sont, je dois le répéter ici, ceux qui nous seront le plus utiles pour étudier ce point d'étiologie.

(1) *Œuvres d'Hippocrate*, trad. par E. Littré, Paris, 1849, t. VI, p. 353.

1° Causes prédisposantes.

Age. Nous n'avons pas de renseignements précis sur la fréquence de l'épilepsie aux premiers âges de la vie, ce qui tient à ce que les auteurs que je viens de citer ont observé à Bicêtre et à la Salpêtrière, où l'on ne reçoit pas les très jeunes enfants. Cependant il résulte de la fréquence du début de la maladie à un très jeune âge chez les sujets qu'ils ont observés, que dans les premières années de l'existence, elle doit se montrer plus souvent qu'on ne le pense généralement. L'âge qui a fourni le plus de malades à Leuret est celui de dix à quatorze ans; les années suivantes, jusqu'à vingt-quatre ans, sont un peu moins chargées, et après cette époque de la vie, le nombre des invasions est excessivement restreint. « L'*adolescence*, dit Leuret, est donc une cause prédisposante de l'épilepsie, et il en est de même de la première enfance. » Il suffit de jeter un coup d'œil sur un tableau présenté par M. Beau pour s'assurer que cet auteur est arrivé à des résultats semblables, que les recherches de M. le docteur Herpin (1) ont également confirmés. Il a en outre remarqué une certaine recrudescence vers l'âge de soixante-dix ans.

Sexe. Il ressort des relevés faits par plusieurs auteurs que l'épilepsie est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Si J. Frank a trouvé le contraire, c'est qu'il n'a observé que sur un trop petit nombre de cas, comme l'ont démontré de nouveau les observations de M. Herpin (2) qui a trouvé : « Que les deux sexes, avant la puberté, sont placés sur la même ligne ; mais qu'après quatorze ans, les femmes offrent à cette maladie une prédisposition bien plus marquée que les hommes, et cela dans un rapport qui ne s'éloigne pas beaucoup du double au simple. »

Hérédité (3). C'est une opinion généralement répandue que l'épilepsie est une affection héréditaire ; mais les recherches de Leuret jettent beaucoup de doutes sur ce point : on trouve, il est vrai, un certain nombre d'individus épileptiques dont les parents ont présenté la même maladie ; mais ce nombre, et les observations de M. Beau l'ont également prouvé, est beaucoup trop faible pour qu'on puisse regarder l'influence de cette cause comme rigoureusement établie.

Si nous consultons l'ouvrage de M. Herpin qui a observé sur une grande échelle, nous voyons combien les données sur l'hérédité sont encore incomplètes; mais un fait qui frappe au premier coup d'œil, ce sont les affections des centres nerveux que l'on a notées chez les parents des épileptiques, et le grand nombre d'aliénations mentales et d'épilepsies : aussi ce médecin regarde-t-il ces deux affections comme causes héréditaires.

Relativement à l'influence de la *constitution* et du *tempérament*, nous n'avons que des données fort incertaines : on a dit, il est vrai, qu'une constitution débile et le tempérament nerveux prédisposent fortement aux attaques d'épilepsie ; mais ce ne sont pas là des résultats ressortant d'un nombre suffisant de faits. Voici, du reste, à ce sujet, le relevé des faits observés par M. Herpin :

(1) *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie.* Paris, 1852.
(2) *Loc. cit.*
(3) Voy. P. Lucas, *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité.* Paris, 1850, t. II.

Constitutions rachitiques	2
Nés avant terme, très chétifs	3
Constitution très grêle	8
— ordinaire	39
Belle conformation	10
Absence d'indications	6
	68

Tempérament lymphatique	13
— nerveux	12
— lymphatique-nerveux	12
— nervoso-sanguin	12
— lymphatique-sanguin	6
— sanguin	4
— mixte	2
— non déterminé	7
	68

Professions. Tout le monde sait que les ouvriers occupés à la fabrication du blanc de céruse et les broyeurs de couleurs sont sujets à une épilepsie à laquelle on a, par cette raison, donné le nom d'*épilepsie saturnine ;* mais cette affection étant d'une nature particulière, je ne crois pas devoir m'en occuper ici. Quant aux autres professions, rien ne prouve qu'elles aient une influence réelle. Je citerai seulement, pour mémoire, le docteur Hebréard, qui a noté, sur 162 épileptiques, 119 célibataires, 7 veufs, et seulement 33 mariés; n'est-ce pas parce que les individus affectés d'épilepsie le sont très souvent depuis leur enfance, et se marient plus difficilement que les autres? Le docteur Copland et M. Foville font remarquer que l'épilepsie se montre surtout fréquemment dans les *classes inférieures de la société ;* mais d'après les recherches de M. Herpin, c'est tout le contraire qui a lieu. Il pense que ce qui détermine l'opinion de ces auteurs, c'est que dans les classes élevées, cette maladie est habituellement dissimulée avec soin. Sur 68 sujets qu'il a observés, 11 seulement appartenaient à des familles indigentes, 28 à des familles riches ; 36 vivaient confortablement.

Menstruation. Il résulte des recherches de M. Beau, que c'est à l'époque de la première menstruation que l'épilepsie se déclare le plus fréquemment ; mais doit-on voir, dans l'influence de la première éruption des règles, la cause réelle de la plus grande fréquence de la maladie ? Nous avons vu que, chez les jeunes garçons, c'est également à l'époque de la puberté que paraît le plus ordinairement l'épilepsie, et nous devons en conclure que ce n'est très probablement ni dans l'embarras qu'éprouve l'éruption des règles, ni dans un trouble quelconque de la menstruation que se trouve réellement cette cause, mais bien dans la révolution qu'éprouve l'organisme à l'époque de la puberté.

On a cité des pays dans lesquels l'épilepsie a paru *endémique :* ainsi tout le monde a mentionné un passage de Joseph Frank, dans lequel il est fait mention d'un nombre considérable d'épileptiques observés en Lithuanie en peu d'années ; mais il faudrait des renseignements beaucoup plus étendus pour se faire une opinion exacte sur ce point.

Maladies antérieures. Leuret, qui a étudié particulièrement ce point d'étiologie, n'a pu rattacher en aucune manière l'apparition de l'épilepsie à une maladie antérieure quelconque. Il en est de même de M. Herpin ; selon ce dernier, cependant, les affections convulsives des enfants et l'état scrofuleux paraissent constituer une certaine prédisposition.

Qualités, habitudes, défauts, vices. Sous ce titre, Leuret a recherché l'influence d'un certain nombre de causes généralement admises, et il a trouvé qu'un nombre assez considérable de sujets étaient ou ivrognes, ou emportés ou craintifs,

ou livrés à la masturbation, ou fortement adonnés aux plaisirs vénériens; mais on sait que la proportion de toutes ces habitudes est très grande dans la classe d'individus chez lesquels ces recherches ont été faites, en sorte que ce ne sont encore là que des renseignements provisoires.

2° Causes occasionnelles.

De toutes les causes occasionnelles, il n'en est aucune qui ait été plus fréquemment notée que la *frayeur*. Sur 67 cas, Leuret a observé 35 épileptiques chez lesquels l'affection s'était déclarée peu de temps après une vive frayeur, et M. Beau a trouvé une proportion à peu près semblable. Cet auteur a constaté en outre que, dans un petit nombre de cas, la mère avait eu une peur très grande pendant sa grossesse, et que, dans ces cas, l'épilepsie avait été congénitale.

Après la peur viennent les autres *émotions morales :* la colère, la joie, les chagrins; mais l'influence de ces causes est beaucoup moins active.

Ce qui prouve que ce que nous avons dit plus haut sur les doutes qui peuvent être élevés à propos de l'influence de la menstruation est très exact, c'est qu'on voit dans un tableau présenté par M. Beau, que l'*apparition des règles* n'a paru avoir une véritable influence que dans un nombre très limité de cas. Il en est de même de l'*âge critique*. On a encore cité la *grossesse* comme une cause déterminante de l'épilepsie, mais le fait est si peu prouvé, que certains auteurs affirment au contraire que la grossesse suspend les attaques d'épilepsie, et les recherches de M. Herpin viennent à l'appui de cette dernière opinion, car dans les deux seuls cas où il a pu suivre la marche de l'épilepsie pendant la grossesse, tout symptôme épileptique avait cessé pendant la gestation, et cela dans toutes les grossesses de ces deux femmes, pour reprendre ensuite leur marche ordinaire. L'influence des *suites de couches* n'est appuyée que sur des faits très peu nombreux.

Je me contenterai de signaler un certain nombre d'autres causes dont l'influence est beaucoup moins bien déterminée, et parmi elles on en retrouvera quelques unes que nous avons déjà indiquées en parlant des causes prédisposantes : ce sont les *écarts de régime*, l'abus des *boissons alcooliques*, les *excès vénériens*, la *masturbation*. Quelques auteurs ont, au contraire, placé parmi ces causes la *continence* trop prolongée. Viennent ensuite les excès de *travail intellectuel*, la *disparition brusque d'un exanthème*, les *coups sur la tête*, les *chutes*, la *dentition difficile*, l'*insolation*, le *refroidissement*. Il est bien loin d'être démontré que l'influence de ces causes soit aussi grande que l'ont cru quelques auteurs : il résulte au contraire des relevés de Leuret, que leur action n'a pu être constatée que dans un très petit nombre de cas.

M. le docteur Sarkey (1), de Jersey, a rapporté deux cas dans lesquels l'épilepsie a été déterminée par *les pratiques du magnétisme animal.*

Imitation. Nous retrouvons encore ici cette cause qu'on a attribuée à toutes les névroses remarquables par des accès violents ; mais dans aucune de ces affections on n'a autant de raison de croire que l'apparition du mal est due non à l'imitation, mais bien à la terreur profonde que fait très souvent éprouver la vue d'un épileptique dans son attaque. Quant à la *contagion*, il n'est pas nécessaire de la mentionner.

(1) *London med. Gaz*, et *Union médicale*, 15 avril 1845.

Restent enfin les *affections chroniques du cerveau et de la moelle* (tubercules), dont nous avons parlé dans les articles précédents. M. le docteur Gamberini (1) a cité un cas d'épilepsie entretenue par une *exostose* du pariétal gauche.

On voit que si les recherches récentes nous ont fourni quelques documents importants, il reste encore beaucoup à faire sur ce point intéressant d'étiologie.

Il y a en outre à étudier les *causes déterminantes des attaques*, mais il sera temps de m'en occuper lorsque je parlerai de la marche de la maladie.

§ III. — Symptômes.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, il est nécessaire, pour procéder méthodiquement à l'étude des symptômes, d'examiner séparément les vertiges et les attaques convulsives; mais auparavant il faut dire quelques mots du début de la maladie et des prodromes que présentent ses accès, quels qu'ils soient.

Prodromes. On a distingué les prodromes de la maladie, considérés d'une manière générale, de ceux qui annoncent l'apparition des attaques, mais cette distinction n'a pas de fondement, puisque la maladie consiste en attaques plus ou moins violentes. A quelque époque qu'on les considère, les prodromes appartiennent toujours à une attaque.

Ces prodromes ne se montrent que dans la minorité des cas; cependant il résulte des recherches de M. Beau, qu'ils sont un peu plus fréquents qu'on ne le croit généralement. Cet auteur les a divisés en *prochains* et *éloignés;* ces derniers se montrent pendant plusieurs heures, et même pendant plusieurs jours: ce sont des changements de caractère, une irascibilité plus grande, l'altération de l'appétit, le trouble des digestions, des étouffements, en un mot des troubles nerveux très variables. Les prodromes prochains consistent en des *sensations tout à fait particulières:* ce sont un sentiment de constriction dans diverses parties du corps, de gonflement, de pesanteur dans certains organes, la sensation d'un froid glacial dans un membre, etc.

Début. Les diverses sensations dont je viens de parler, et quelques autres qu'il est difficile d'indiquer, tant elles sont variables, constituent ce que l'on a appelé *aura epileptica.* On peut dire que cette *aura epileptica* peut avoir son point de départ dans toutes les parties du corps : il serait facile d'en citer des exemples. D'un point plus ou moins éloigné, la sensation qui la constitue se porte rapidement vers l'encéphale, puis le malade pousse un cri, tombe, et l'attaque commence. Telle est du moins la manière dont débute, dans un bon nombre de cas, l'attaque convulsive. Quant aux vertiges, nous verrons plus loin comment ils se manifestent. Dans un plus grand nombre de cas encore, la maladie débute tout à coup sans aucun prodrome, sans *aura epileptica*, soit par un cri, soit simplement par une chute ; dans les vertiges, il n'y a ni cri ni chute au début.

Attaque convulsive. Jusqu'à l'époque où ont paru les travaux d'Esquirol, on confondait les attaques d'épilepsie avec les vertiges. Ce médecin célèbre a insisté avec raison sur la distinction de ces deux formes d'attaque dont, après lui, les docteurs Georget, Foville, Calmeil, Beau, etc., ont tracé de bonnes descriptions. J'emprunte celle de M. Beau, qui donne une très bonne idée des attaques convulsives :

(1) *Boll. delle scienze med. di Torino*, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, septembre 1846.

« Dans l'attaque, dit cet auteur, l'individu pousse un *cri*, et tombe tout à fait *privé de sensibilité et d'intelligence*. Les muscles sont dans un état de *roideur tétanique* et immobiles, la *respiration* est suspendue, les *veines* se gonflent, la *face* est congestionnée, le *pouls* faible et petit. Bientôt la roideur tétanique des muscles est remplacée par des *alternatives de contraction et de relâchement*, apparentes surtout à la face, d'abord légères, ensuite plus étendues, vives et rapprochées. L'individu rend des *jets saccadés de salive et de mucosité mousseuse ;* la respiration recommence à l'aide des mouvements convulsifs des muscles inspirateurs ; les veines se désemplissent ; la congestion de la face disparaît ; le pouls devient plus fort.

» Les convulsions ayant cessé entièrement, la respiration s'exécute d'une manière large et profonde, avec un *ronflement remarquable ;* la face est pâle, décomposée ; enfin le ronflement disparaît, et l'intelligence revient peu à peu avec la sensibilité.

» Il ne reste ordinairement de ces diverses lésions fonctionnelles qu'une fatigue musculaire excessive, de la céphalalgie et de l'hébétude, *sans que le patient ait la moindre conscience de ce qui s'est passé.* »

Il faut ajouter à cette description que, dans un certain nombre de cas, les convulsions sont extrêmement violentes ; qu'on a vu en résulter des distorsions des membres et des déplacements des surfaces articulaires ; qu'elles sont presque toujours plus fortes d'un côté que de l'autre, que quelques malades rendent sous eux l'urine et les matières fécales ; que, vers la fin de l'attaque, la peau se couvre de sueur, et qu'après l'attaque il y a parfois des *accès de fureur* qui durent plus ou moins longtemps. Lorsqu'au moment de l'attaque la langue se trouve entre les dents, elle est déchirée, coupée, et la *mousse* qui couvre les lèvres est *sanglante*. On a affirmé qu'après l'attaque l'urine est claire et limpide.

M. Beau, analysant l'attaque, la divise en trois périodes. La première est caractérisée par la *convulsion tétanique* ou *tonique ;* elle a une durée de cinq à trente secondes. La seconde dure de une à deux minutes ; son principal caractère consiste dans les *convulsions cloniques*. Enfin la troisième, qui a une durée de trois à huit minutes, est principalement caractérisée par le *stertor* et le *râle trachéal*.

Vertige épileptique. C'est encore, de l'aveu de tout le monde, à l'intéressant article de M. Beau qu'il faut emprunter la description du vertige épileptique.

« Le vertige, dit-il, varie tant, pour sa forme et sa durée, qu'il est difficile d'en donner une description générale. Ainsi quelquefois l'individu sera surpris tout à coup dans une conversation, et pourra au bout d'une seconde achever la phrase qu'il aura commencée ; d'autres fois il tombera comme foudroyé, et restera une demi-heure privé de sentiment et d'intelligence, sans qu'il y ait, comme dans l'attaque, aucun désordre dans l'appareil musculaire ; tantôt l'individu ne pourra ni parler ni se mouvoir, l'intelligence étant à demi conservée ; souvent il y aura quelques mouvements convulsifs, des actes désordonnés, des paroles incohérentes, etc., etc. Ces différences de vertige, que je n'ai fait qu'indiquer, suffiront pour donner une idée de l'embarras que j'ai éprouvé en choisissant le type d'une description générale. Pour en sortir, je devais m'arrêter à la forme la plus fréquente ; j'ai donc passé en revue les 219 cas de vertige portés au tableau précédent, et j'ai trouvé 76 fois la variété suivante que je présente comme le vertige épileptique le plus ordinaire :

» L'individu a le temps de s'asseoir, tombe ou fléchit ; sa face est pâle, immobile, les yeux fixes et hagards ; ou bien il y a quelques légers tremblements des membres supérieurs et de la face ; il reste ainsi quelque temps ; peu à peu il s'anime, il se lève d'un air étonné, cherche autour de lui, fait des paquets, veut se déshabiller, prononce souvent des paroles mal articulées, et essaie de se débarrasser des personnes qui le retiennent ; si on le laisse aller, il se promène d'un air égaré, a une démarche un peu choréique, et bat quelquefois ceux qui se trouvent sur son passage. Enfin l'intelligence reparaît, l'individu est fatigué et honteux, et conserve souvent la mémoire d'une partie de ce qui s'est passé. Cet ensemble de phénomènes dure de deux à trois minutes. Le délire dont je viens de parler est toujours sombre ou même furieux. Je n'ai observé des rires et des chants que dans cinq cas. »

Je n'ai rien à ajouter à cette description, dont chacun peut vérifier l'exactitude. Je dirai seulement, avec M. Beau, que le vertige est un ensemble de symptômes d'épilepsie et d'aliénation mentale, et qu'il établit entre ces deux affections un rapport incontestable.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire, après cette description, d'indiquer certaines variétés, certains cas exceptionnels qui ne sont réellement que des objets de curiosité.

État des malades dans les intervalles des attaques. Nous avons vu qu'immédiatement après les attaques les malades restent pendant un certain temps hébétés, et que quelques uns ont un délire parfois furieux. Cet état peut se prolonger pendant un certain temps, et l'on a cité des cas (1) où les attaques ont été suivies d'une inflammation encéphalique et de paralysies partielles ; mais si les attaques ne sont pas trop nombreuses, si l'épilepsie est récente, l'intégrité des fonctions ne tarde pas à se rétablir. Il n'en est pas de même lorsque la maladie est ancienne, lorsqu'elle fait des progrès et que les accès se rapprochent. Alors les malades deviennent irritables, capricieux ; les facultés intellectuelles deviennent paresseuses et s'altèrent. La *mémoire* en particulier se perd, et quelques sujets tombent dans une véritable idiotie.

Du côté des *voies digestives*, on observe divers symptômes, tels que la difficulté des digestions, les éructations, les borborygmes ; diverses *convulsions*, comme le strabisme, la contracture, les tics, se produisent. Les sujets éprouvent, plus ou moins fréquemment, des *palpitations ;* en un mot, il y a un trouble nerveux qui se manifeste par des symptômes nombreux et variés.

La *face*, suivant la remarque d'Esquirol, finit par présenter des caractères particuliers : ce sont le gonflement des paupières, l'épaississement des lèvres, l'incertitude du regard, la dilatation des pupilles. D'un autre côté, les *membres* deviennent grêles, le corps augmente de volume, et de là une démarche incertaine et particulière. Je ne pousse pas plus loin cette description, parce que toutes ces altérations présentent de très grandes variétés qu'il n'est pas possible de faire entrer dans un tableau général, et que l'on comprend facilement.

Leuret a insisté, avec juste raison, sur une disposition particulière des épileptiques aux *désirs érotiques.* Ces désirs sont portés parfois au point d'anéantir

(1) Georget, *loc. cit.*

toute pudeur, et M. Cossy, dans des recherches extrêmement intéressantes, a fait connaître une espèce de délire particulier aux épileptiques : c'est le *délire érotique*. Ce délire survient à des intervalles assez éloignés des attaques, aussi bien qu'à une époque rapprochée. Les malades qui y sont en proie n'ont presque qu'une seule idée, c'est celle de satisfaire leurs désirs vénériens ; ils se livreraient à la masturbation si on ne les en empêchait ; ils exécutent des mouvements lascifs du bassin, et, lorsqu'on s'approche d'eux pour les toucher, ils prennent ce mouvement pour une provocation vénérienne. Il est bien à regretter que Leuret, dont l'attention a été fixée sur ce point, n'ait pas pu nous communiquer le résultat de ses recherches.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de l'épilepsie est essentiellement chronique. Elle est presque toujours croissante, c'est-à-dire qu'à mesure que le malade avance en âge, les accès augmentent de fréquence et d'intensité, jusqu'à ce qu'ils se manifestent tous les jours et même plusieurs fois par jour. Dans quelques cas, au contraire, le mal semble n'avoir de tendance à se reproduire qu'à des époques éloignées, pendant toute la vie. Enfin, bien que, d'une manière générale, on doive dire que la maladie est croissante, il n'est pas rare de la voir, sous l'influence de causes diverses, paraître s'arrêter pendant un temps plus ou moins long, pour faire ensuite de nouveaux progrès.

L'*intermittence* de l'affection est un de ses caractères essentiels. Cette intermittence est irrégulière, et nous avons des recherches très intéressantes sur les *causes du retour des accès*.

D'abord je dirai, avec Leuret, que le retour des attaques a une certaine tendance à se régulariser, c'est-à-dire que chez beaucoup de malades, elles reviennent à certaines époques à peu près déterminées, comme tous les huit jours, tous les quinze jours, tous les mois. Cependant, même dans ces cas, il n'y a pas de régularité parfaite, et il est très rare de pouvoir, sans se tromper, prévoir le jour où l'attaque se reproduira. Chez un petit nombre, le retour des attaques est tellement variable qu'on ne peut pas le prévoir, même approximativement. Il est rare que les attaques reviennent plus souvent que tous les huit jours.

Il en résulte que le nombre des attaques, pendant une année, n'est ordinairement pas très considérable ; mais il est quelques cas où ce nombre est extrêmement grand. « Le nombre des attaques pendant l'année, pour un même malade, a varié, dit Leuret, de 8 à 2149, c'est-à-dire que tel malade a eu seulement 8 attaques pendant l'année, et tel autre 2149. »

« Il est rare, dit encore cet auteur, que les malades, quand ils sont arrivés à la période de leurs attaques, ne tombent qu'une seule fois. La plupart du temps, il y a d'abord des étourdissements ou *autres prodromes* de l'épilepsie ; les attaques viennent ensuite, et se répètent, soit le jour, soit la nuit. Chez quelques malades, il ne survient qu'une attaque ; chez la plupart, il y en a successivement trois, quatre, et plus. J'ai vu, mais c'est dans les cas les plus graves, les attaques revenir *jusqu'à* 80 *fois dans l'espace de douze heures*. Les malades ne sortaient d'une attaque que pour tomber dans une autre ; il ne leur restait ni repos ni lucidité. »

On a observé quelques cas dans lesquels le nombre des accès a été de 100 et même de 150 dans les vingt-quatre heures.

Les recherches du même auteur portent à croire que *la nuit* est plus favorable que le jour au retour des accès ; qu'il en est de même de la *saison la plus froide*, tandis que les mois les plus chauds ont une influence contraire ; que *la lune* n'a aucune influence sur le retour des accès, ainsi que l'avait déjà remarqué Esquirol, sans établir le fait avec la même précision ; que l'*onanisme* rend leur retour plus fréquent, et que les vives émotions morales, que nous avons vues produire la maladie, provoquent aussi l'invasion des attaques. On a cité des cas rares dans lesquels les accès avaient la même *périodicité* qu'une fièvre intermittente.

« Un phénomène assez commun, dit Georget, c'est la *suspension des attaques pendant tout le cours d'une maladie accidentelle et grave...*, quelquefois pourtant l'épilepsie n'est pas arrêtée. »

L'épilepsie est une maladie qui a ordinairement une longue *durée ;* elle est compatible avec une très longue existence, quoique, en général, les épileptiques succombent à un âge peu avancé.

Les *complications* qui viennent le plus fréquemment ajouter à la gravité de l'épilepsie sont l'aliénation mentale, l'hystérie et la catalepsie.

La *terminaison* ordinaire de l'épilepsie est la mort. La mort est amenée le plus souvent par les progrès toujours croissants de l'affection. Quelquefois on a vu la *mort subite* survenir dans le cours d'une attaque, et c'est à l'asphyxie qu'il faut rapporter cette terminaison funeste. On a néanmoins signalé comme possible la rupture du cœur. En outre, l'épilepsie est une cause indirecte de mort ; car les malades perdant complétement connaissance et tombant, on en a vu se faire des blessures mortelles dans leur chute, se noyer, se brûler.

Si l'on acceptait sans discussion les divers cas de guérison mentionnés par les auteurs, on devrait en reconnaître un très grand nombre ; mais, si l'on y regarde de près, on voit que cette terminaison heureuse est, au contraire, très rare. On a beaucoup parlé des *crises* qui peuvent mettre un terme à l'épilepsie ; mais on n'a pas apporté de preuves suffisantes à l'appui de cette manière de voir. Il est, sans doute, quelques cas dans lesquels le rétablissement d'une hémorrhagie, d'un flux, d'un exanthème supprimé, ou d'autres phénomènes semblables, ont été suivis de la guérison de la maladie ; mais ce sont des cas exceptionnels dont on ne peut tirer aucune conséquence.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je crois qu'il serait complétement inutile de s'étendre sur les lésions anatomiques de l'épilepsie. Il est une vérité reconnue de tout le monde, c'est que si, dans un certain nombre de cas, on a trouvé des lésions, d'une part ces lésions sont très diverses, elles sont assez souvent consécutives, et, de l'autre, il est un nombre de faits non moins grand dans lesquels on n'a trouvé aucune altération appréciable. Il n'y a donc pas de lésion propre à l'épilepsie, et dès lors à quoi servirait d'étudier longuement, comme l'ont fait plusieurs auteurs, l'état si variable des organes dans les cas où l'on a pu faire l'autopsie des épileptiques ?

Il y aurait une question bien importante à résoudre ; mais il faudrait pour cela des recherches particulières qui n'ont pas encore été entreprises : ce serait de déter-

miner, d'après la symptomatologie et la marche de la maladie, quels sont les cas dans lesquels il existe des lésions, et quels sont ceux qui n'en présentent pas. Je reviendrai un instant sur ce point à l'occasion du diagnostic, et je me bornerai à ajouter à ces considérations l'énumération suivante : on a trouvé, chez les épileptiques, le crâne déformé, des tubercules dans le cerveau et dans la moelle, d'autres altérations chroniques de ces organes et du cervelet ; des lésions diverses des membranes encéphaliques et rachidiennes ; des lésions des vaisseaux cérébraux ; des altérations des organes de la circulation, de la digestion et de la génération. C'est au médecin à rechercher, dans l'étude attentive des faits soumis à son observation, s'il y a un rapport direct entre ces lésions et la production des attaques, s'il n'y a qu'un rapport indirect, ou enfin s'il ne faut y voir que de simples coïncidences.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

On peut dire d'abord que, dans l'immense majorité des cas, l'épilepsie est une affection très facile à reconnaître. Quelquefois, au contraire, elle se montre avec des caractères peu tranchés, et, d'une autre part, certaines maladies, comme l'hystérie en particulier, peuvent s'en rapprocher par leurs symptômes.

Quant au diagnostic de l'épilepsie et de l'*hystérie*, je n'ai qu'à renvoyer le lecteur à l'article consacré à cette dernière maladie, où je suis entré dans tous les détails nécessaires (1).

Je m'occuperai du diagnostic de l'épilepsie et de la *catalepsie* dans l'article suivant.

La *congestion cérébrale* se distingue principalement de l'attaque d'épilepsie par l'absence des convulsions et du trouble particulier de la respiration.

Nous avons vu plus haut combien, dans certains cas, il est difficile de distinguer l'épilepsie de l'*éclampsie*. Aussi, dans ces cas, doit-on suspendre son jugement et n'admettre qu'il y a eu véritablement attaque d'épilepsie que lorsque cette attaque s'est reproduite. Toutefois je dois répéter ici ce que j'ai dit plus haut, savoir : que ces cas douteux sont beaucoup plus rares qu'on ne l'a dit.

Epilepsie simulée. Enfin, l'épilepsie est une des maladies qu'on a le plus fréquemment simulées et qu'on simule le mieux par des moyens bien connus de tout le monde. C'est là une question importante, non seulement pour le médecin légiste, mais encore pour tous les praticiens qui peuvent se trouver dans des cas de ce genre fort embarrassants. Georget a très bien traité cette question, et je ne saurais mieux faire que de lui emprunter le passage suivant :

« Voici, dit cet auteur, les moyens et les difficultés de découvrir la vérité : 1° Le malade qui n'est point averti de l'invasion de l'attaque tombe partout où il se trouve, sans choix du lieu ni des spectateurs ; le prétendu épileptique a bien soin de choisir le lieu de la scène, de manière à se faire le moins de mal possible, et à n'être point soumis à l'examen des gens de l'art ; mais il y a des attaques annoncées par des prodromes, et il serait facile d'en simuler une de ce genre. 2° La perte de toute sensibilité est complète et profonde ; les douleurs vives, les odeurs piquantes, les bruits violents, rien ne peut faire impression sur le malade. On interrogera donc la sensibilité par des sensations fortes et inattendues. On excite ordinairement la

(1) Voy. art. *Hystérie*, § VI, Diagnostic.

douleur en laissant tomber sur la peau de la cire à cacheter enflammée ; quelquefois la menace d'une épreuve douloureuse a suffi pour prévenir le retour des prétendues attaques. 3° La pupille est immobile : on l'exposera soudainement à une lumière un peu vive ; cette épreuve est difficile à faire sur un sujet agité par des convulsions, dont les yeux peuvent être roulants dans l'orbite. 4° L'un des meilleurs signes de l'attaque épileptique est la turgescence violacée ou noirâtre de la face, subitement dissipée et remplacée par la pâleur dès que les convulsions cessent. Il n'est guère possible d'imiter ce double effet, qui est surtout remarquable pour ceux qui ont observé les épileptiques. 5° On ne conçoit guère la possibilité de préparer dans la bouche, avec un morceau de savon, la grande quantité de salive écumeuse que rendent la plupart des malades ; mais tous les épileptiques n'ont pas de l'écume à la bouche dans les attaques. 6° Le ronflement soporeux qui suit ordinairement l'attaque, ainsi que l'altération de l'intelligence, l'air honteux, hébété, étonné, seront difficiles ou plutôt impossibles à imiter. 7° M. Marc dit que l'on a beaucoup de peine à étendre le poignet et le pouce, qui sont fléchis, mais qu'une fois étendus ils ne se fléchissent plus ; et ce médecin fait observer que le faux malade croira bien faire de les fléchir aussitôt qu'il ne sentira plus de résistance. 8° Sauvages reconnut la supercherie d'une petite fille de sept ans, qu'il soupçonnait de feindre d'être épileptique, en lui demandant si elle ne sentait pas un vent qui de la main parvenait à l'épaule, et de là au dos et à la cuisse : à quoi la petite répondit affirmativement. 9° La gêne et le mode de respiration sont très remarquables ; les mouvements forts et tumultueux du cœur ne sont pas à la disposition de la volonté. »

Maintenant il reste à savoir *si la maladie est dépendante ou non d'une altération organique plus ou moins profonde ?* La solution de cette question est souvent difficile. Il est rare que les *altérations chroniques* du cerveau n'aient pour tout symptôme que des attaques d'épilepsie. On observe en outre un affaiblissement des facultés intellectuelles plus considérable que ne le comportent la fréquence et la violence des attaques ; il y a des troubles de la motilité, de la sensibilité, etc. Ces derniers symptômes se montrent également dans les affections de la moelle. Quant aux lésions des autres organes, c'est à l'observateur à chercher à les découvrir par les moyens ordinaires. Je ne peux poser ici que des principes dont l'application varie à l'infini.

Pronostic. Le pronostic de l'épilepsie, considéré d'une manière générale, est grave, parce que, ainsi que je l'ai dit plus haut, la maladie tend naturellement à une terminaison fâcheuse, et que chaque attaque peut-être la cause d'un accident funeste. Mais le danger est-il immédiat ou éloigné ? Si la maladie est voisine de son début, si les attaques ne surviennent qu'à d'assez grands intervalles, le danger est ordinairement très éloigné. Si, au contraire, les attaques sont très rapprochées, surtout si elles surviennent plusieurs fois tous les jours, on doit craindre une mort prochaine. Ce pronostic est, du reste, subordonné à l'état de simplicité ou de complication de la maladie, de conservation ou de dépérissement de l'organisme. Règle générale, l'épilepsie qui dépend d'une affection organique des centres nerveux est plus promptement fatale que toute autre. On a dit que la forme de l'épilepsie qui consiste dans un simple vertige est plus dangereuse que la forme convulsive ; le fait est-il prouvé ?

Les excellentes recherches de M. Herpin sont venues néanmoins modifier ce pronostic, et ont prouvé qu'avec beaucoup de persévérance dans le traitement, on peut arriver à de meilleurs résultats qu'on ne le supposait. Voici comment cet auteur résume son article sur le *pronostic général :* « La médecine, dit-il, peut exercer une heureuse influence dans près des trois quarts des cas d'épilepsie.

» Elle peut en guérir la moitié, sauf quelques rechutes moins graves que la maladie primitive.

» Elle peut éloigner les accès d'une manière notable dans près de la moitié des cas qu'elle ne guérit pas ; et cette amélioration se soutient si le traitement a été suivi avec quelque persévérance. »

Exposons, en outre, les résultats obtenus par M. Herpin et les réflexions dont il les fait suivre.

Sur 68 cas les choses se sont passées comme il suit :

	Guéris.	Améliorés.	Rebelles.	Totaux
Au-dessous de 100 attaques ou accès......	33	6	6	45
— de 100 à 500................	5	»	3	8
Au delà de 500......................	»	»	5	5

« Il est, dit-il, pour l'épilepsie un critère au moyen duquel on semble pouvoir mesurer d'avance, avec une suffisante exactitude, les chances de guérison d'un malade quelconque ; ce critère se trouve dans le nombre total des attaques ou accès éprouvés jusqu'alors par le patient.

» Chez les malades qui n'ont eu que des vertiges, si les malaises ne sont pas très fréquents, s'ils ne durent pas depuis plus de dix années, la guérison paraît être presque constamment assurée.

» Pour les attaques et accès le pronostic est tout à fait favorable au-dessous du nombre de 100.

» Il est peu favorable de 100 à 500, car alors les échecs et les succès se balancent à peu près.

» Le pronostic est défavorable au-dessus de 500 attaques ou accès ; les guérisons ne devant être que des cas exceptionnels. »

§ VII. — Traitement.

Le nombre des moyens opposés à l'épilepsie est immense. Rien ne serait plus facile que de citer une grande variété de médications détaillées, et cependant je crois devoir me contenter d'une indication très rapide, en n'insistant que sur les faits présentés par M. Herpin ; voici quels sont mes motifs. Il est aujourd'hui avéré pour tout le monde qu'on n'a pas trouvé, avant M. Herpin, de remède réellement efficace contre l'épilepsie. On a cité, il est vrai, un certain nombre de guérisons par divers moyens ; mais lorsqu'on a voulu appliquer ces moyens à de nouveaux cas, on a presque constamment échoué. Qui ne connaît des épileptiques auxquels tous les médicaments en vogue à une époque quelconque ont été vainement administrés ? Et ne voyons-nous pas, dans les établissements où sont réunis les malades de ce genre, l'affection se montrer rebelle à toutes les médications ? N'ayant donc pas à citer, en faveur des traitements proposés, un nombre de faits suffisant pour en démontrer l'efficacité, il suffira de les énumérer, pour que le médecin puisse les essayer tour à tour dans les cas embarrassants. Je diviserai, avec les autres au-

teurs, le traitement de l'épilepsie en *traitement des attaques*, en *traiteme* *empêcher l'apparition de ces attaques*, et enfin en *traitement curatif d* *ladie*.

1° *Traitement des attaques*. Le traitement des attaques est généralen simple. Lorsque l'attaque est médiocrement violente, et qu'aucun des syı ne se présente avec des caractères exceptionnels, il n'y a pas autre chose à f débarrasser le malade de tous les vêtements qui peuvent exercer une com nuisible, et surtout de ceux qui gênent la respiration; à le placer sur un surveiller les diverses phases de l'attaque. Dans les circonstances particulièı conduit ainsi qu'il suit :

Si les convulsions sont très violentes, si surtout elles tendent à jeter l hors du lit, on le place dans un lit qui présente un creux assez profond au on le maintient sans violence. Dans quelques cas, il est nécessaire, pour é luxations et les fractures, d'attacher les membres avec des lacs assez lar *avait de la tendance à se déchirer la langue entre les dents*, il faudrait entre les arcades dentaires un petit rouleau de linge ou un morceau de liég *salive mousseuse était trop abondante*, il faudrait incliner la tête sur le c qu'elle pût s'écouler. *Si les accidents qui annoncent la congestion cérébral* *phyxie étaient évidemment trop considérables*, la saignée serait indiquée est bien rare qu'il soit nécessaire d'y avoir recours dans une attaque de ı durée. Il n'en est pas de même *lorsque les attaques ont une durée très lo* résulte des observations de M. Calmeil, qu'en pareil cas la saignée les rend plus courtes. Je ne parle ni des inspirations de substances excitantes, ni d ments, ni d'autres moyens du même genre dirigés contre les attaques d'é parce qu'il est aujourd'hui reconnu qu'on n'en retire aucun avantage ré est même qui sont dangereux : on a vu des malades à qui on avait fait ins l'*ammoniaque* pendant un temps trop long, succomber ensuite à une infla des voies aériennes. *Dans les cas où il y a de très longues attaques avec de* *sions*, il faut saisir les moments de rémission pour administrer des calman antispasmodiques.

2° *Traitement des accidents qui suivent les attaques*. Dans la très gra jorité des cas, le repos et quelques soins hygiéniques très simples, co régime léger, des distractions, suffisent pour dissiper en peu de temps le symptômes qui suivent immédiatement les attaques; mais quelquefois les a persistent, et il faut recourir à d'autres moyens.

S'il existe un malaise général, avec excitation et céphalalgie, de gran et des pédiluves stimulants sont prescrits avec avantage. *Si les signes de co* *vers la tête sont plus marqués*, et s'il y a des phénomènes de pléthore, il pas hésiter à pratiquer la *saignée générale*. On a recours aux antispasn *lorsqu'il existe une grande susceptibilité nerveuse*. Parfois le *délire furieux* les attaques est tel qu'il faut avoir grand soin d'employer la camisole d car il y aurait du danger pour le malade et pour les assistants.

3° *Traitement propre à combattre le retour de l'invasion des attaq* divers excès, les écarts de régime, la vue des attaques chez d'autres mala vie trop sédentaire, sont des circonstances qui favorisent le retour des a il faut, autant que possible, en garantir les malades. Lorsque les signes



plus haut annoncent l'invasion d'une attaque, il faut d'abord rechercher s'il existe une *aura epileptica.* Dans certains cas où une sensation particulière se manifestait d'abord dans une partie assez éloignée des centres nerveux, et principalement aux extrémités, on a réussi à empêcher l'accès en plaçant une *ligature*, en exerçant une forte *compression* entre ce point et les centres nerveux. L'*inspiration de l'ammoniaque* a aussi eu quelquefois le même résultat, et M. Martinet conseille l'*ingestion de cette substance dans l'estomac*, à la dose de dix à douze gouttes dans une potion ; ainsi que je l'ai dit plus haut, il faut bien prendre garde d'insister trop longtenps sur les inspirations ammoniacales.

4° *Traitement curatif de la maladie.* Le traitement curatif de l'épilepsie ressemble tellement à celui de l'hystérie, que je pourrais presque renvoyer le lecteur à ce que j'ai dit dans l'article précédent. Aussi la plupart des moyens recommandés par les auteurs sont-ils rangés parmi les *antihystériques* aussi bien que parmi les *antiépileptiques.* D'un autre côté, nous ne trouvons pas de moyens qui aient eu un succès constant entre les mains de tous les praticiens. Ce sont des médications prônées par les uns et repoussées par les autres, ayant la vogue un jour et rejetées le lendemain. Ces considérations feront comprendre pourquoi je n'entre pas dans des détails qui pourraient offrir de l'intérêt, si les recherches avaient été mieux faites.

Emissions sanguines. Mettant d'abord de côté tous les moyens évidemment inutiles et ridicules, et ils sont nombreux, je commence par les émissions sanguines. Un assez grand nombre d'auteurs ont recommandé ce moyen ; parmi eux il faut citer Fothergill, Morgagni, Rivière, Sauvages. La plupart recommandent les *saignées* abondantes et répétées, soit générales, soit locales. Aujourd'hui on compte peu sur la saignée pour la guérison radicale, et l'on n'y a recours que pour combattre les symptômes de pléthore. Cependant, chez les sujets forts et vigoureux, et lorsque la maladie est récente, on est autorisé à y recourir et à insister sur son application, car on a cité des cas où cette pratique a été suivie d'un plein succès.

Antispasmodiques. Les médicaments antispasmodiques employés dans l'épilepsie sont très nombreux. Je citerai en première ligne la *valériane*, très anciennement recommandée, vantée surtout par Columna, et que, dans ces derniers temps, M. Gibert (1) a employée à haute dose avec succès. C'est l'extrait que prescrit ce médecin. Le docteur Gairdner (2) administre la valériane à la dose de 1,25 gram. On peut l'élever graduellement jusqu'à 8 grammes en poudre. Cette substance entre dans un très grand nombre de formules. Voici celle que prescrivait Biett, et qui contient d'autres substances regardées comme efficaces contre l'épilepsie :

℞ Extrait de valériane......	2,50 gram.	Sulfate de cuivre ammoniacal.	1 gram.
Extrait de belladone.....	2 gram.		

Faites cinquante pilules. Dose : d'abord deux, puis quatre, puis six par jour, et ainsi de suite, en surveillant les effets du médicament.

M. H. Chauffard (3) recommande de *porter à une dose très élevée la valériane* dans le traitement de l'épilepsie : c'est le seul moyen, selon lui, de modifier profon-

(1) *Rech. et obs. sur l'épilepsie* (*Revue méd.*, 1855).
(2) *The Edinb. med. and surg. journ.*, 1828.
(3) *OEuvres de médecine pratique.* Paris, 1848, t. I, p. 474.

dément le système nerveux et d'assurer le succès. Il commence par 4 gramı par jour et porte progressivement la dose jusqu'à 30 grammes dans les vingt-qu: heures. M. Herpin a élevé la dose jusqu'à 16 grammes; sur 10 malades traités cette substance, 4 seulement ont guéri.

Le *musc* a aussi pour lui un certain nombre de faits heureusement termi On le donne à la dose de 0,10 à 0,75 grammes.

Je mentionnerai encore le *camphre*, qui fait partie d'un certain nombre de mules; le *succin*, que Portal administrait *en poudre* à la dose de 0,50 à 1,50 gr mes; l'*assa fœtida*, qui entre dans la formule suivante (Borsieri) :

♃ Assa fœtida..............	12 gram.	Sirop de violette......... 30 gram.
Eau de fontaine...........	190 gram.	

Dose : une ou deux cuillerées toutes les demi-heures.

Cette substance est également administrée en *lavements*.

L'*oxyde de zinc* a joui aussi d'une grande réputation. Je rappellerai à ce : la préparation conseillée par M. Brachet contre l'*éclampsie* (1), et que ce méd met également en usage contre l'épilepsie. Delaroche a cité des cas dans lesq l'oxyde de zinc, à la dose de 1,50 gram., a produit de bons résultats; et sieurs autres auteurs, parmi lesquels il faut citer Rust et Guthrie, ont rapporté cas de guérison par ce moyen.

M. Herpin (2) a employé exclusivement ce médicament chez 36 malades, et obtenu 28 guérisons et 8 insuccès. Il le prescrit en pilules ou en poudre, en d tant chez les adultes par la dose journalière de 0,30 à 0,40 en 3 ou 4 prises, e celle de 0,05 à 0,15 chez les enfants; puis en augmentant chaque semaine la dose j nalière de 0,15 à 0,20 chez les premiers, de 0,05 à 0,15 chez les seconds, ce dicament peut être porté à 6 grammes par jour, sans autre inconvénient qu malaises passagers; on doit le continuer après la suppression des accès, à une rapidement croissante pour prévenir les rechutes.

Sur 10 malades traités par la poudre de la racine du selin des marais (*seli palustre*, L.), dose journalière de 2 grammes à 16 grammes, ce médecin : 5 guérisons dont 3 rechutes.

Je me contenterai de mentionner les *feuilles d'oranger*, vantées par Locher, nées par Portal à la dose de 2 à 5 grammes, et aujourd'hui généralement abandon

Narcotiques. L'*opium* est un des médicaments le plus anciennement emplo mais, comme pour les moyens précédents, nous n'avons que des cas isolés de rison en sa faveur. Il doit être donné à dose d'abord faible, puis rapidement él à moins qu'il ne survienne un narcotisme trop prononcé.

La *belladone*, recommandée par un assez grand nombre d'auteurs, et no ment par Greding, a été expérimentée avec soin par M. Ferrus et par Leure cette expérimentation, il résulte que cette substance, donnée à la dose de 0 0,90 grammes, et pendant un espace de temps qui a varié de quarante jo quatre mois et demi, a diminué le nombre des attaques chez quelques suj causé des accidents chez d'autres, a été complétement inefficace chez plusieu n'en a guéri aucun. J'ai vu, à la Pitié, l'emploi de ce moyen avoir des effet

(1) Voy. l'article consacré à cette affection.

(2) *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie*. Paris, 1852, p. 555.

marqués chez un homme qui avait des attaques presque tous les jours. La dose fut graduellement portée jusqu'à cinquante-quatre pilules d'un décigramme d'extrait de belladone chaque jour, et le malade n'avait plus d'attaques que tous les deux ou trois mois. Le médicament n'avait d'autre inconvénient que de dilater énormément les pupilles. Cette dose est, comme on le voit, beaucoup plus considérable que celles que je viens d'indiquer, et ce fait nous apprend que, chez certains sujets, les limites ordinaires peuvent être franchies avec avantage. Peut-être pensera-t-on que le malade, malgré la surveillance, ne prenait pas toute la dose, ou que l'extrait était peu actif. J'avoue que ces suppositions ne sont pas inadmissibles. Quoi qu'il en soit, c'est au médecin à voir jusqu'où il peut aller sans danger; mais on ne saurait trop recommander une grande prudence.

M. Debreyne (1) a depuis 1817 et 1818 employé la *belladone à haute dose* dans le traitement de l'épilepsie. Il cite un assez grand nombre de faits dans lesquels cette médication a eu les résultats les plus avantageux et beaucoup d'autres médecins ont obtenu les mêmes résultats. C'est, suivant l'auteur, le médicament qui réussit dans le plus grand nombre de cas; il faut en élever la dose graduellement. M. Debreyne a pu la porter progressivement jusqu'à 65 centigrammes, dans les vingt-quatre heures; mais il est bien rare qu'on soit obligé d'arriver à ce degré et que le commencement d'effet toxique ne force pas à s'arrêter.

Il faut encore citer l'emploi du *datura stramonium* (Greding, Stoerck, Hufeland), que l'on administre de la même manière que la belladone; de la *jusquiame*, qui fait partie de la préparation recommandée par M. Brachet; de la *ciguë*. Je me contente ici de cette énumération, devant dans des considérations générales apprécier la valeur de tous ces médicaments.

Toniques, ferrugineux. On recommande les toniques, et principalement le *quinquina* (Tozzi, Grainger), même en l'absence de toute périodicité. Le docteur Lemontagner a cité un cas de guérison par le *sulfate de quinine* et par l'application réitérée des sangsues. Quant aux ferrugineux, on les prescrit, surtout dans les cas où l'éruption des règles est difficile, où il y a de l'*anémie* et de la *chlorose*.

Moyens divers. Sous ce titre, je vais passer en revue quelques remèdes plus ou moins célèbres; et d'abord je mentionnerai le *nitrate d'argent*, très vanté par un grand nombre de médecins, et donné à la dose de 0,0010 à 0,10, 0,15, et même 0,30 grammes dans les vingt-quatre heures. Il résulte de l'examen des principaux faits dans lesquels cette médication a été employée, qu'elle n'a eu d'efficacité que dans des cas exceptionnels; et d'un autre côté, ainsi que le fait remarquer Georget, on sait que le nitrate d'argent a des inconvénients réels, dont le moindre, lorsqu'on l'a employé longtemps, est de produire une teinte ardoisée de la peau qui est affreuse à voir, qui ne se dissipe qu'au bout d'un temps très long, ou même reste indélébile.

Le *sulfate de cuivre ammoniacal* est encore un médicament qui a joui d'une certaine vogue, et sur 12 cas M. Herpin a obtenu 4 cas de guérison par l'emploi de ce médicament; on l'a donné à la dose de 0,05 à 0,10 grammes par jour.

Je dois citer aussi l'*indigo*, dont la dose est de 1 à 30 grammes; l'*acétate de*

(1) *Des vertus thérapeutiques de la belladone.* Paris, 1852, p. 19 et suiv. — *Thérapeutique appliquée.* Paris, 1850, p. 15.

plomb; l'*hydrochlorate de baryte;* l'*huile de térébenthi*
nistrée à la dose de 4 à 6 grammes (Burdach); la *pivoi*
croton tiglium; le *narcisse des prés;* le *gui de chêne;* l'
gendie); la *noix vomique* (2), etc., etc.

MM. Salter et Bullar (3) ont rapporté des cas d'épilep
quels l'emploi du *cotyledon ombilicus* a eu pour effet, soi
mement marquée, soit la guérison complète. Cette substa
de suc à la dose de 4 à 6 cuillerées par jour en deux ou tr
de 25 centigrammes en pilules deux ou trois fois par jour

M. le docteur R. W. Evans (4) a employé avec succè
avaient résisté à beaucoup d'autres moyens, la *scutellai*
comme il suit :

℞ Scutellaire géniculée...... 8 gram.	Eau bouillante..

Faites infuser. Dose : d'abord deux cuillerées à bouche toute
mentez jusqu'à 60 grammes par jour.

Ce médicament, pour produire de bons effets, doit êtr
dant cinq ou six mois.

Le *narcisse des prés* a été mis en usage dans un cas par
ment fut administré en poudre en un paquet de 3 décig
augmentant de 3, puis de 6, enfin de 9 décigrammes de
de traitement il ne restait plus que quelques étourdissem

Je n'en finirais pas si je voulais citer tous les médic
l'épilepsie, car on a demandé des remèdes à presque tout
qu'il faut redire, c'est qu'aucun de ces moyens, sauf l'oxyd
de M. Herpin, ne se fait remarquer par des guérisons trè
auteurs finissent presque tous par avouer que, dans le pl
l'épilepsie est incurable. J'ajoute seulement que chez un
duraient pas moins de trois jours, le docteur Maxwell (6
donnant au malade le *bisulfate de quinine* de la manière

℞ Bisulfate de quinine...... 1 gram. Teinture aromatique...... 32 gram.	Eau chaude....

Moyens externes. Il suffit de les énumérer. Ce sont : le
les *cautères* le long du rachis, la *cautérisation cervicale.*

M. le docteur Mettais (7) a, dans un certain nombre de
effets de *frictions faites sur le cuir chevelu avec la pomn*
doivent être faites avec précaution et partiellement, de
totalité du cuir chevelu qu'en plusieurs jours. Elles déter
inflammation et des douleurs dont il faut prévenir les mal
M. le docteur Lebreton (8) a employé avec succès le *co*

(1) Foville, *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. ÉPILEPSIE, t.
(2) Sidren, *Diss. de nuce vomica.*
(3) *London medical Gazette*, et *Bull. gén. de thér.*, mai 1849.
(4) *British American journal*, et *Bull. gén. de thér.*, mars 18
(5) *L'Observation*, février 1851.
(6) *The Lancet*, décembre 1851, et *Bull. gén. de thér.*, 29 fév
(7) *Gazette médicale de Paris*, 5 février 1848.
(8) *Gazette médicale de Paris*, 1848.

sincipitale dans le cas suivant. Le malade était épileptique depuis huit ans et ava une crise tous les jours. « Je lui appliquai, dit l'auteur, sur le sommet de la tê un cautère actuel de deux lignes de diamètre ; l'application dura vingt-cinq se condes, et la pression du cautère était faite de manière à ne pas intéresser tou l'épaisseur de la peau. Il revint : il n'avait pas eu un seul accès.

» Je fis une seconde application du cautère actuel en suivant la direction de suture. Il revint encore au bout de huit jours : point d'accès ; nouvelle applicatio du cautère. Cette fois, je lui dis de ne revenir qu'au bout de douze jours. Il revint point d'accès ; nouvelle application du cautère, plus superficiellement. J'exige qu'il revînt au bout de quinze jours ; le malade ne croyait plus à cette nécessité, s prétendant tout à fait guéri. » Le traitement avait commencé en juin ; en septembre suivant la guérison paraissait solide.

Dans les cas où l'on a observé l'*aura*, on a eu recours à la cautérisation entre le point de départ et les centres nerveux. Frank a fait pratiquer la *castration* dans un cas où la maladie paraissait avoir son point de départ dans les testicules ; des cicatrices douloureuses ont été cautérisées dans le même but. Il faut dire, avec Georget, que si ces moyens ont eu du succès, ce n'est que dans des cas exceptionnels, et qu'un médecin instruit et prudent doit se méfier beaucoup de ces cas étranges.

Si une *affection locale* étrangère aux centres nerveux paraissait être le point de départ des attaques, il faudrait la traiter avec énergie. Il est à peine nécessaire d'ajouter que l'épilepsie symptomatique d'une affection des centres nerveux ne peut être guérie qu'en faisant disparaître cette affection. Pour cette partie du traitement qui offre bien peu de chances de succès, il faut consulter ce que j'ai d dans les articles consacrés aux maladies du cerveau et de la moelle.

D'après une théorie particulière, M. Marshall-Hall (1) a proposé, et même a pratiqué la *trachéotomie*.

Enfin, dans les cas reconnus incurables, et ce sont de beaucoup les plus nombreux, on est obligé de se borner au *traitement palliatif*, qui n'est autre chose que le traitement préventif des attaques, et qui consiste surtout dans un *régime sévère* et dans des soins hygiéniques bien entendus.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de donner un résumé critique de ce traitement, qui est tout de détails, et que j'ai cherché à apprécier chemin faisant.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement des attaques :* Précautions nécessaires pour empêcher le malade de se blesser ; combattre l'asphyxie, si elle devient imminente ; saignée.

2° *Traitement des accidents qui suivent les attaques :* Saignée ; antispasmodiques ; calmants ; contenir les malades en délire.

3° *Traitement propre à prévenir l'invasion et le retour des attaques :* Ligature des membres ; compression ; inspiration ; ingestion de l'ammoniaque ; régime ; hygiène.

4° *Traitement curatif :* Émissions sanguines ; antispasmodiques ; narcotiques ; toniques ; ferrugineux ; moyens divers ; moyens externes ; traitement des affections locales ; traitement des maladies des centres nerveux.

(1) *Séances de l'Académie des sciences*, 2 juin 1851, et *Union médicale*, 7 juin 1851.

ARTICLE XV.

CATALEPSIE.

Quoique parmi les auteurs de l'antiquité il y en ait quelques uns qui aient fait mention de la catalepsie, il faut arriver à F. Hoffmann (1) pour avoir une description convenable de l'affection, et ce n'est qu'à une époque assez rapprochée de nous que les écrits de Pététin (2), Georget (3), et, plus récemment, de M. Bourdin (4), nous ont fait exactement connaître à peu près tout ce que l'observation peut découvrir dans une maladie de ce genre.

Je me contenterai de présenter dans cet article une description sommaire de la catalepsie, affection infiniment plus rare que les névroses précédentes, et sur le traitement de laquelle nous n'avons que des données fort incertaines.

Je ne diviserai pas, comme l'ont fait quelques auteurs, la catalepsie en *apoplectique*, *épileptique*, *hystérique*, etc., les distinctions de ce genre n'ont pas d'importance réelle; mais je crois qu'on doit, avec M. Bourdin, tenir compte, sous certains rapports, de la distinction qu'il a établie entre la *catalepsie complète*, la *catalepsie incomplète*, et la *catalepsie compliquée*. Ce ne sont toutefois que des particularités qu'il suffira de signaler plus loin.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Sans m'arrêter aux diverses définitions données par les auteurs, je présenterai la suivante, qui me paraît convenir à tous les cas. La catalepsie est une affection non fébrile, revenant par accès, dans lesquels il y a suspension de l'intelligence, de l'exercice des sens, de la sensibilité, et dans lesquels aussi les muscles de la vie de relation sont dans un état tel, que, suivant l'expression de M. Bourdin, ils reçoivent et gardent tous les degrés de contraction qu'on leur donne.

Cette affection a reçu les noms de *catalepsis*, *catochus*, *vigilans stupor*, *coma vigil ; contemplation*, *extase*. Georget, ne la distinguant pas de l'*hystérie*, l'a décrite sous cette dénomination; mais nous verrons à l'article consacré au diagnostic que la catalepsie existe d'une manière parfaitement isolée. C'est sous ce dernier nom qu'elle est aujourd'hui généralement décrite.

J'ai dit plus haut que cette affection n'est pas fréquente; on en est convaincu lorsque l'on considère que M. Bourdin, qui a rassemblé pour son ouvrage presque tous les faits connus, n'a réuni que 38 observations.

§ II — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Je ne m'arrêterai pas à toutes les causes qui ont été assignées à la catalepsie; il y en a parmi elles un si grand nombre qui sont attribuées sans preuves à toutes les névroses, que ce serait une banalité de les reproduire ici.

(1) *De affect. cataleptico*, etc. Francfort, 1692.
(2) *Électricité animale prouvée par la découverte des phénomènes de la catalepsie*, etc. Paris, 1808, in-8.
(3) *Dict. de méd.*, art. CATALEPSIE.
(4) *Traité de la catalepsie*. Paris, 1841, in-8.

Age. C'est chez les adultes qu'on observe le plus souvent la maladie ; mais on en a vu quelques exemples chez les vieillards et chez les enfants (cinq ans, Bourdin).

Sexe. Il résulte d'un relevé de faits, présenté par M. Bourdin, que la catalepsie a une fréquence égale chez l'un et chez l'autre sexe.

Le même auteur s'est assuré que la *position sociale* ne peut pas être donnée comme une cause prédisposante de la maladie, et qu'il n'est pas prouvé que la *masturbation*, les *écarts de régime*, l'*usage de certains aliments*, les *lésions des fonctions digestives*, les *vers intestinaux*, les *troubles de la menstruation*, etc., etc. aient l'influence que quelques auteurs leur ont accordée. Il en est de même des affections diverses ayant leur siége dans des organes plus ou moins éloignés des centres nerveux.

M. Bourdin range certaines *passions*, et en particulier l'amour, parmi les causes de la catalepsie ; il cite quelques exemples où l'influence de l'*hérédité* paraît évidente.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, il faut citer les *émotions vives*, la *frayeur* en particulier ; nous trouvons ensuite les *travaux intellectuels* trop longtemps soutenus, la *contemplation*, les *méditations profondes*, les *contrariétés*, etc., etc. On voit que toutes ces causes sont morales ; quant aux causes physiques, il n'en est aucune parmi celles qu'on a attribuées à la maladie qui puisse supporter l'épreuve des faits ; ce sont de fausses idées théoriques qui ont conduit à attribuer la catalepsie à l'action du *froid ;* enfin il est un bon nombre de cas dans lesquels on n'a pu trouver aucune cause évidente.

On voit que lorsque l'on veut examiner attentivement les observations, on n'arrive guère, sous le rapport de l'étiologie, qu'à des résultats négatifs.

§ III. — Symptômes.

C'est surtout quand on veut étudier les symptômes qu'il convient de diviser la catalepsie en complète, incomplète et compliquée ; en outre, il est nécessaire d'étudier les symptômes prodromiques, ceux qui caractérisent l'accès et ceux qui le suivent.

1° *Symptômes précurseurs de l'accès.* M. Bourdin a constaté que, dans tous les cas où les observations ont été prises avec le soin nécessaire, il y a eu des symptômes précurseurs. Ces symptômes, qui sont loin de se rencontrer réunis chez le même malade, sont les suivants : *engourdissement de l'intelligence*, *rêves pénibles*, *loquacité*, *obtusion des sens*, *céphalalgie* dans un point variable, *pesanteur de tête*, *perte de la mémoire*, *secousses convulsives*, *constriction* principalement des *paupières ;* *crampes*, *respiration ralentie*, *suspirieuse ;* *vivacité du pouls*, *palpitations*, *coloration vive* ou *pâleur de la face*, *syncopes*. A ces signes se joignent ceux de quelques autres névroses quand la maladie est compliquée. Ces phénomènes peuvent, du reste, varier presque à l'infini.

2° *Symptômes des accès.*—*Catalepsie complète.* L'*intelligence* est tout d'abord abolie, les *fonctions sensoriales* sont complétement suspendues ; aucune impression ne peut tirer le malade de cet état végétatif. L'*œil* est insensible à la lumière, aussi

ien qu'au contact des corps étrangers ; la sensibilité générale, aussi bien que la ensibilité spéciale, est anéantie dans les autres organes des sens.

Ce qu'il y a surtout de remarquable dans l'accès de catalepsie, c'est l'*état des nuscles de la vie de relation : ils restent dans le degré de contraction dans lequel es a surpris l'attaque*, de telle sorte que le malade conserve la pose qu'il avait dans e moment, quelque pénible et quelque bizarre qu'elle soit. Ainsi on en a vu rester es bras étendus ou levés au ciel ; d'autres garder la position qu'ils avaient prise our tirer un coup de fusil, etc.

Si l'on cherche alors à vaincre la *contraction des muscles*, on sent qu'ils cèdent entement, comme si l'on étendait un corps élastique ; puis la partie du corps sur aquelle on a agi conserve la nouvelle position qu'on lui a fait prendre ; on a pu, de :ette manière, le malade étant couché, élever d'un côté les membres inférieurs étendus, et de l'autre le tronc, de manière que le corps ne portât plus que sur e sacrum, et le malade a gardé cette position, dans laquelle il est impossible de se naintenir en toute autre circonstance.

Il ne faut pas croire néanmoins que cette possibilité de conserver une immobilité omplète dans les poses bizarres soit un fait constant ; il arrive au contraire assez ouvent que, peu de temps après qu'on a placé le malade dans cette situation, on voit apparaître de légers mouvements involontaires, des oscillations qui ramènent les nembres et le tronc dans une position moins difficile : c'est ainsi que, dans un cas bservé par M. Barth, la malade, placée uniquement sur le sacrum, éprouva de égers mouvements, qui peu à peu ramenaient tout le corps dans la position horiontale.

Si maintenant nous examinons, sous les divers autres points de vue, les sujets qui présentent les singuliers phénomènes que nous venons de décrire, nous trouons que la *température* est faible aux extrémités ; qu'en général les malades ne nangent pas, parce qu'ils ne peuvent pas pratiquer la mastication ; que cependant, lans quelques cas rares, on les voit manger avec avidité ce qu'on leur met dans la bouche (Forestus, M. Bourdin) ; il est à peine nécessaire d'ajouter que, dans ces cas exceptionnels, la nutrition se fait comme chez les personnes en santé. La *circulation* est ordinairement lente et faible, assez souvent le *pouls* a ses caractères normaux ; a *respiration* ne présente rien d'extraordinaire, si ce n'est un peu de lenteur et de aiblesse.

3° *Après l'accès*, les malades sont abattus, se plaignent de chaleur à la tête, de éphalalgie, de brisement des membres : ils conservent un peu de stupeur ; quelques uns ont perdu l'appétit en plus ou moins grande partie.

4° *Catalepsie incomplète.* On a cité des cas dans lesquels le trouble du mouvenent qui sert à caractériser la catalepsie a existé sans lésion de l'intelligence, ou du noins sans perte complète de connaissance ; les cas de ce genre sont fort rares. Quant à ceux dans lesquels il y aurait, au contraire, trouble de l'intelligence sans rouble de la motilité, leur existence a été plutôt supposée qu'elle n'a été démontrée ar les faits.

5° *Variétés.* On a cité des cas dans lesquels un seul membre était frappé de catalepsie ; d'autres où la roideur occupait un côté du corps ; d'autres où il suffisait l'un ordre pour faire cesser l'immobilité. On a encore fait connaître d'autres variétés plus ou moins curieuses, mais qu'il serait inutile d'indiquer ici.

6° *Complications*. La catalepsie complique beaucoup plus souvent les autres affections qu'elle n'en est compliquée elle-même. On la voit exister avec divers genres de folie, avec l'hystérie, le tétanos, et même les fièvres intermittentes ; on l'a vu aussi apparaître dans certaines maladies aiguës, et notamment dans la fièvre typhoïde (j'en ai actuellement un exemple sous les yeux) et dans les affections cérébrales aiguës.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La catalepsie est une affection intermittente comme l'hystérie et l'épilepsie, et même il est d'observation que, dans les intervalles de l'attaque, les malades sont plus complétement exempts de tout phénomène morbide. Le retour des attaques est très irrégulier. Dans quelques cas cités par les auteurs, il suffisait d'une circonstance légère, presque toujours d'une émotion morale, pour ramener l'accès.

Ordinairement le nombre des attaques éprouvées par les malades est considérable ; cependant on en a cité qui n'en ont eu qu'une, d'autres qui en ont présenté deux ou trois.

La *durée* de la maladie est indéterminée ; elle peut ne se terminer qu'avec l'existence.

Dans le plus grand nombre des cas, la *durée des accès* est très courte, et n'est que de quelques minutes ; quelquefois on les voit se prolonger pendant dix-huit et trente jours, mais les cas de ce genre sont fort rares ; il est plus fréquent de les voir se dissiper au bout de quelques heures ou de deux ou trois jours ; du reste, sous ce rapport, les faits sont très divers.

La *terminaison* est assez souvent favorable, et dans ce cas il y a disparition complète de la maladie après un accès qui ne s'est pas montré moins intense que les précédents ; assez souvent aussi on voit l'affection se transformer en d'autres névroses, telles que l'hystérie, l'épilepsie, les convulsions. L'apparition du flux menstruel a mis quelquefois un terme à la maladie. On n'a pas cité d'exemple de mort qu'on pût attribuer à la catalepsie elle-même.

§ V — Lésions anatomiques.

Je crois qu'il est parfaitement inutile de parler des *lésions anatomiques* attribuées par les auteurs à la catalepsie, parce que, d'une part, il est évident qu'il n'en est aucune qui appartienne en propre à cette affection, et que, d'autre part, je n'aurais rien à dire qui n'ait trouvé sa place dans les articles précédents.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de la catalepsie ne présente pas de difficulté réelle. Il suffit, pour éviter toute erreur, de se rappeler que le caractère essentiel de cette affection est cet état particulier des muscles que nous avons décrit plus haut, et qui fait que le malade garde les diverses positions qu'on lui fait prendre. Nous avons vu, en effet, que les cas dans lesquels on a pu penser qu'il existait une catalepsie sans cette lésion du mouvement ne supportent pas un examen attentif ; or, ni dans la *congélation*, ni dans l'*extase*, ni dans le *tétanos*, ni dans l'*hystérie*, etc., on ne

trouve ce caractère. Il serait par conséquent inutile d'insister sur ce dia

Pronostic. Il résulte de l'examen des faits auquel s'est livré M. Bourdin l'âge avancé et l'état de complication de la maladie sont les circonstances c nent le plus de gravité au pronostic ; que, dans toute autre condition, c affection peu grave, et que cependant il y a, dans un certain nombre d craindre qu'elle ne soit remplacée par une autre maladie nerveuse moins l

§ VII. — Traitement.

On est si peu fixé sur la valeur des divers moyens à opposer aux n qu'elles sont presque toutes traitées de la même manière. Aussi, si je présenter un traitement détaillé de la catalepsie, aurais-je à reproduire textuellement ce que j'ai dit dans les deux articles précédents ; mais il n aucun profit. Je ne donnerai donc qu'un court résumé de ce qui a été dit à

Je signalerai d'abord les *émissions sanguines*, conseillées par Pététin, Bo Georget ; les *bains tièdes*, les *bains froids*, les *affusions froides*, les *bains* les *bains alcalins;* les *vomitifs*, les *purgatifs*, administrés lorsqu'il e embarras gastro-intestinal. Puis j'ajouterai qu'on a mis en usage les *anti diques* (2). Ainsi M. Bo (3) cite un cas de guérison rapide par le *valéri zinc* à la dose de 1 gramme, puis 1 gramme et demi dans les vingt-quatre h huit prises. Tous les moyens habituellement en usage avaient été emplc succès.

Viennent ensuite les *narcotiques*, qui, suivant Elock, doivent être emplc une grande prudence, mais sans qu'il ait fourni des preuves emprunté périence ; les *emménagogues*, dans les cas d'établissement difficile des r d'aménorrhée (4); les *diaphorétiques*, les *diurétiques*, dans le but de dé une crise ; les *toniques*, le *quinquina* en particulier, qui a été donné auss antipériodique (5); les *ferrugineux* contre les symptômes d'anémie, de ch d'aménorrhée (6). Enfin, on a conseillé les *vésicatoires*, les *sétons*, les l'*électricité*, l'*aimant*, l'*insufflation pulmonaire* (Georget), et même le *t* n'est pas permis de s'arrêter un seul instant à ce dernier moyen ; quant au il faudrait des faits bien différents de ceux que nous possédons pour en a l'efficacité.

ARTICLE XVI.

HYPOCHONDRIE.

Nous voici parvenus à une affection qui nous servira, pour ainsi dire, duction à l'étude des maladies mentales. Déjà, dans les maladies précédent avons vu l'intelligence recevoir des atteintes plus ou moins graves, mais teintes étaient, ou passagères, ou consécutives, ou le résultat de diverses cations ; ici, au contraire, nous allons trouver, comme on pourra en juge

(1) *Loc. cit.*, p. 137.
(2) Voy. *Hystérie, Épilepsie.*
(3) *Gaz. med. Lombarda*, et *Bull. gén. de thér.*, 30 mai 1851.
(4) Voy. *Aménorrhée.*
(5) Voy. *Hystérie.*
(6) Voy. ces articles.

description suivante, une altération réelle des facultés mentales pour caractère essentiel de la maladie. Ce n'est pas encore une folie évidente pour tout le monde, c'en est une pour le médecin attentif; car, pour caractériser une maladie, ce n'est pas l'intensité des symptômes qu'il faut considérer, c'est leur nature.

On trouve des traces de la connaissance de cette maladie dans Hippocrate; Galien la fait un peu mieux connaître, et après lui un bon nombre d'anciens auteurs l'ont décrite, en ajoutant plus ou moins à son histoire. Parmi les auteurs qui se sont occupés de cette affection, il faut citer F. Plater (1), Ch. Lepois (2), Th. Willis (3), Boerhaave (4), F. Hoffmann, G. Cheyne, Louyer-Villermay (5). M. Dubois (d'Amiens) (6), qui a donné une très bonne appréciation critique des travaux de ses prédécesseurs sur ce sujet, M. Brachet (7), et enfin M. Michéa (8), auquel nous devons un très bon travail sur cette affection.

La division la plus récente qui ait été proposée est celle qu'a suivie M. Michéa, et que cet auteur tient de Broussais; elle est ainsi conçu : 1° *Hypochondrie essentielle primitive* ou *idiopathique*. Dans cette espèce, il y a simplement une aberration de l'intelligence qui fait craindre des maux tout à fait imaginaires. 2° *Hypochondrie secondaire* ou *sympathique*. Dans cette espèce, le point de départ de la maladie est dans une affection réelle ; mais le sujet, partant de souffrances dont l'existence ne peut être constestée, en tire des conséquences exagérées et absurdes ; c'est dans ces conclusions erronées qu'il faut voir l'hypochondrie. 3° *Hypochondrie mixte*. Dans cette troisième espèce, le point de départ de la maladie serait en même temps dans des souffrances physiques et dans une aberration de l'intelligence : le corps et l'esprit, suivant l'expression de M. Michéa, loin de jouer un rôle exclusif, se prêtent un mutuel appui pour produire la maladie. J'ai élevé ailleurs des doutes sur l'existence de cette troisième espèce, et montré que les trois observations rapportées par M. Michéa sont loin d'être concluantes. Avec un peu d'attention, ai-je dit, on voit presque toujours l'esprit s'affecter avant le corps, ou réciproquement, et c'est cette affection isolée, intéressant ordinairement le corps, qui est la cause occasionnelle de l'altération soit du moral, soit du physique, suivant que l'un ou l'autre a été primitivement atteint.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La définition proposée par M. Michéa me paraît devoir être acceptée : « Ce que l'on entend par le mot *hypochondrie* n'est, dit cet auteur, autre chose, au fond, qu'une des nombreuses espèces de la monomanie triste ou *lypémanie*, qui consiste dans une méditation exagérée sur son *moi* physique, sur l'état de son corps, sur sa propre santé, en d'autres termes, dans la terreur extrême (j'ajouterai : et dans la croyance) d'être affecté de maladies qu'on juge dangereuses, incurables, suscep-

(1) *Prax. med.*, t. I. Basiliæ, 1625.
(2) *Select. observ.*, 1618.
(3) *De morb. convuls.* (*Opera omn.*).
(4) *Prælectiones acad. : De morb. nerv.*, 1761, 2 vol. in-12.
(5) *Traité des maladies nerveuses*, t. I, 1816.
(6) *Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie*. Paris, 1837, in-8.
(7) *Traité de l'hypochondrie*, 1844, in-8.
(8) *Traité pratique, dogmatique et critique de l'hypochondrie*. Paris, 1845, in-8.

tibles de conduire au tombeau. » Cette définition, exprimant les principaux caractères de la maladie, et ne préjugeant rien sur sa nature, est, je le répète, celle qui me paraît la meilleure.

L'affection qui nous occupe a été décrite par les Arabes sous le nom de *mirachia*, et, par d'autres auteurs, sous ceux de *melancholia*, *melancholia hypochondriaca*, *vapor melancholichus*, *vapor teter ; vapeurs noires*, *folie hypochondriaque*, *affection hypochondriaque*, etc. Aujourd'hui le nom d'*hypochondrie* est généralement employé.

La *fréquence* de cette affection n'est pas aussi grande qu'on pourrait le croire d'après la pratique ordinaire ; il n'est pas de médecin qui n'ait été consulté par un nombre assez considérable d'hypochondriaques ; mais il faut remarquer que ces malades s'adressent à une multitude de médecins, et que leur nombre semble se multiplier ainsi. Cependant il n'est pas douteux que l'hypochondrie ne soit une affection assez fréquente.

§ II. — Causes.

Le petit nombre d'observations bien faites que nous possédons, la grande difficulté d'apprécier l'influence de la plupart des causes attribuées à l'hypochondrie, et, il faut le dire aussi, le peu de méthode avec lequel la plupart des auteurs se sont livrés aux recherches étiologiques, font qu'il reste encore beaucoup de doutes sur plusieurs points. M. Michéa ayant fait quelques relevés statistiques, c'est à lui qu'il convient d'emprunter les renseignements sur ce sujet.

1° Causes prédisposantes.

Age. C'est, d'après les chiffres fournis par M. Michéa, de trente à quarante ans que le nombre des hypochondriaques est le plus élevé ; il est un peu moindre de vingt à trente et de quarante à cinquante ; enfin, il est très faible dans l'adolescence et la vieillesse.

Sexe. La proportion des hommes hypochondriaques à celle des femmes affectées de la même maladie est comme 3 à 1, d'après les mêmes recherches.

Tempéraments. Tout le monde s'accorde à dire, et c'est un fait confirmé par les relevés de M. Michéa, que le *tempérament nerveux* prédispose plus que tout autre à l'hypochondrie ; mais a-t-on distingué le tempérament acquis du tempérament congénital ? C'est une question qui n'est pas sans importance.

L'*oisiveté*, les *professions intellectuelles*, les *études trop abstraites ;* d'après quelques auteurs, le *célibat*, l'*éducation efféminée*, sont encore des causes prédisposantes généralement admises.

Saisons, *climats*. Il y a beaucoup de divergence dans les opinions des auteurs à ce sujet, les uns affirmant que la maladie est beaucoup plus fréquente dans les *climats chauds*, d'autres soutenant une opinion contraire, et d'autres attribuant aux climats chauds et aux climats froids une égale influence. Il en est de même à l'égard des *saisons ;* aucun auteur ne nous ayant donné de relevé statistique sur ce point, tout n'est que conjecture. La même réflexion s'applique à l'*usage immodéré de certains aliments*, et en particulier des végétaux et du sucre, ou bien de *certaines boissons*, telles que l'*eau*, le *thé*, les *alcooliques*. Ces diverses causes ne peuvent agir qu'indirectement, en donnant lieu, à la longue, à une altération du sang

ou à une affection gastro-intestinale, dans le cours desquelles se développe l'hypochondrie. Telle est aussi la manière d'agir des *condiments* et des émissions sanguines trop abondantes.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, les principales sont la *lecture des livres de médecine*, les personnes qui ne sont pas de la profession ayant une grande tendance à voir dans leurs plus légères indispositions les symptômes des maladies les plus graves dont elles ont lu l'histoire ; la *vue de la mort d'une autre personne ;* la *perte d'un parent, d'un ami ;* les *prédictions sinistres ;* la *spermatorrhée.* J'ai suffisamment indiqué l'influence de cette dernière cause dans l'article consacré aux pertes séminales involontaires (1). Enfin nous avons à signaler la suppression d'une hémorrhagie habituelle, la convalescence de certaines affections. On se souvient, par exemple, qu'à la suite du choléra, plusieurs individus sont restés hypochondriaques. Il en est de même à la suite de toutes les graves *épidémies.* Enfin, et c'est un fait qui ressort de la définition que j'ai adoptée, il est d'autres maladies sporadiques qui donnent particulièrement lieu à la maladie qui nous occupe. J'ai déjà cité la spermatorrhée ; j'ajouterai ici les viscéralgies et d'autres affections chroniques plus graves, mais sur lesquelles néanmoins les malades se font des opinions erronées.

Pour terminer, je dirai avec M. Michéa : « Aux influences, tant immédiates qu'indirectes, dont il s'agit dans ce chapitre, nous aurions pu en ajouter d'autres ; mais comme elles ne sont rien moins qu'incontestables, et que d'ailleurs leur étude importe assez peu au point de vue de la pratique, nous avons cru devoir les passer entièrement sous silence. »

§ III. — Symptômes.

Dans la description des symptômes, il faut tenir compte de la division que nous avons établie plus haut, c'est-à-dire distinguer l'hypochondrie primitive ou idiopathique de l'hypochondrie secondaire ou sympathique.

1° *Hypochondrie primitive ou idiopathique.* M. Dubois (d'Amiens), et après lui M. Michéa, ont admis trois périodes distinctes : dans la première, l'intelligence seule est affectée ; dans la seconde, le corps participe à la maladie, mais seulement par des troubles fonctionnels ; dans la troisième, il survient des lésions matérielles. On voit que, rigoureusement, on peut n'admettre que deux périodes : dans la première, l'esprit seul est affecté ; dans la seconde, le corps l'est également.

Première période. Le caractère symptomatique essentiel, capital, de cette période, consiste dans les *faux jugements que les malades portent sur l'état de leur santé*, qui d'ailleurs ne présente rien d'anormal. Cela posé, il est inutile d'entrer dans tous les détails des diverses affections que ces malades croient avoir ; il faudrait parcourir presque tout le cadre nosologique. Qu'il me suffise de dire que beaucoup se croient atteints de phthisie, de cancer ; que d'autres croient que certaines parties de leur corps sont frappées de mort, qu'ils exhalent l'odeur des cadavres ; que d'autres s'imaginent qu'ils ont des tumeurs dans diverses parties

(1) Voy. art. *Pertes séminales involontaires.*

u corps, etc., etc. Il est inutile d'ajouter que l'examen le plus attentif ne fait ien découvrir de semblable, car c'est là précisément ce qui fait le caractère de la ıaladie.

Sous l'influence de ces fausses croyances, les malades sont tristes, préoccupés; 'entretenant sans cesse de leur santé, redoutant la mort, ils s'occupent constamnent de la manière dont s'exécutent leurs principales fonctions, vont sans cesse leur miroir pour examiner leur teint, considèrent avec une attention ridicule eurs diverses exerétions, pèsent leurs aliments, et attribuent à des circonstances ıériles leurs maux imaginaires. Ils consultent un grand nombre de médecins, isent tout ce qui leur paraît se rapporter à leur prétendue maladie, changent fréquemment de remèdes, et se croient presque toujours soulagés lorsqu'ils ont changé le médecin et de médication; mais cette croyance dure peu.

Enfin ces malades finissent par être sombres, irritables, capricieux, et surtout rofondément égoïstes, se plaignant sans cesse, quoique ce soient eux qui rendent nalheureux tout ce qui les entoure, indifférents aux maux que peuvent éprouver es autres, concentrés en un mot dans une seule idée : l'état de leur santé.

Lorsque l'on réussit momentanément à distraire les hypochondriaques, souvent eur caractère se transforme, ils deviennent animés, gais, prévenants; mais ce noment passé, ou même au plus fort de leur animation, si on les remet sur le hapitre de leur santé, ils retombent dans leur tristesse, recommencent leurs plaintes, cherchent la solitude, etc., ce qui ne les empêche pas de remplir parfaitement toutes leurs fonctions.

Deuxième période. Dans la deuxième période, ainsi que nous l'avons dit plus haut, il survient de nouveaux phénomènes qui ont leur siége dans un grand nombre d'organes divers. On a proposé, pour l'étude de cette période, diverses divisions. Ainsi on a reconnu une *monomanie hypochondriaque*, lorsque le trouble fonctionnel ou les lésions matérielles ont leur siége dans la cavité abdominale; une *monomanie pneumo-cardiaque*, lorsque les symptômes se font remarquer du côté de la poitrine, etc., etc. Je ne crois pas que ces divisions aient la moindre importance, même pour faciliter l'étude de l'hypochondrie; il suffit qu'il existe dans un organe quelconque un trouble fonctionnel ou un désordre matériel, pour que l'hypochondrie ait des caractères identiques dans tous les cas; aussi n'entrerai-je pas dans de grands détails à ce sujet, et me contenterai-je de dire que les symptômes fonctionnels éprouvés par les malades appartiennent presque tous aux diverses viscéralgies : ainsi des *spasmes*, des *constrictions* de la poitrine, de l'abdomen; des *digestions difficiles*, douloureuses; des étourdissements, un embarras de la défécation, de la miction, etc., etc. Il serait complétement inutile de multiplier ces citations; je me contente d'ajouter qu'on a vu au bout d'un certain temps, chez quelques sujets, mais ce sont les cas les plus rares, de véritables *affections organiques profondes* se montrer dans l'estomac, le foie, le cœur, etc. Toutefois ce n'est pas sans un certain doute que l'on doit admettre l'existence de ces faits; les auteurs qui les ont rapportés n'ont pas noté avec assez de soin l'intégrité complète des organes au début de l'hypochondrie; d'une autre part, il est souvent bien difficile de reconnaître les affections chroniques commençantes; enfin les progrès de la science nous font découvrir aujourd'hui certaines affections qui donnent fréquemment lieu à l'hypochondrie, et qui devaient échapper à nos devanciers. Que de motifs pour

douter, lorsque l'on n'a en faveur de l'opinion dont il s'agit, quelque générale qu'elle soit d'ailleurs, qu'un très petit nombre de faits !

2° *Hypochondrie secondaire, sympathique.* Après la description précédente, il reste peu à faire pour terminer l'histoire de l'hypochondrie, et pour donner une idée de l'hypochondrie secondaire ou sympathique. Qu'on imagine, en effet, une affection quelconque qui inspire au malade des craintes exagérées pour sa vie, et l'on verra survenir la série des symptômes exposés plus haut, de sorte qu'on aura l'hypochondrie avec tous ses caractères. Dans ce second cas, l'affection physique peut être considérée comme la cause déterminante de l'affection morale. Les sujets ne se trompent pas quand ils se croient malades, mais ils se trompent sur la gravité de leur maladie. Le plus souvent, au lieu d'une affection légère qu'ils ont, ils s'imaginent être atteints d'une affection mortelle dont les symptômes ressemblent plus ou moins à ceux qu'ils éprouvent. C'est ainsi que les malades affectés de gastralgie se croient atteints d'un cancer de l'estomac ; que ceux qui ont des palpitations nerveuses croient à un anévrysme du cœur, etc. De cette croyance résultent les soins hygiéniques les plus bizarres, les médications les plus variées et les plus inutiles, la tristesse ; en un mot, tous les symptômes qui caractérisent le délire hypochondriaque.

Les maladies qui sont le plus souvent le point de départ, le prétexte de ces idées délirantes, sont principalement les diverses viscéralgies, et en particulier les viscéralgies gastro-intestinales.

Je n'insiste pas sur ce point ; ce que je viens d'en dire est plus que suffisant pour tout médecin instruit, et je me contente d'ajouter que les affections primitives tendent continuellement à s'aggraver sous l'influence du mauvais régime, des médications intempestives, et aussi des idées tristes auxquelles les malades sont constamment en proie. On admet généralement que de simples troubles fonctionnels peuvent dégénérer en lésions organiques profondes ; j'aurais, sur ce point, à reproduire ici ce que j'ai dit plus haut à propos d'une semblable transformation dans la première espèce.

§ IV. — Marche, durée, terminaison.

La *marche* de la maladie est essentiellement chronique, néanmoins on a cité quelques cas qui avaient une forme aiguë, mais ils sont très rares. Le début est lent et graduel. On a admis des *prodromes*, mais en examinant les observations, on s'assure qu'ils ne sont autre chose que les symptômes de la maladie à un faible degré, et c'est pourquoi je n'en ai pas parlé plus haut. Il est rare qu'on n'observe pas, dans le cours de l'affection, des périodes d'amélioration plus ou moins considérable : une occupation importante, une distraction, suffisent pour. détourner momentanément les malades de leurs idées délirantes. On a vu quelquefois l'hypochondrie cesser tout à coup pour se reproduire au bout d'un temps variable. Suivant Georget et M. Falret (1), l'hypochondrie peut revêtir le *type intermittent*, mais le fait n'est pas parfaitement démontré.

La *durée* peut être de quelques jours, de quelques mois, de quelques années, ou se prolonger pendant toute la vie.

(1) *Du suicide et de l'hypochondrie.* Paris, 1822, in-8.

La *terminaison* par la guérison est la plus fréquente de toutes, suivant les r
de M. Michéa. C'est lorsque la maladie est idiopathique, ou lorsqu'elle est s
thique d'une affection fonctionnelle et facilement curable, qu'on obtient ordi
ment cette terminaison favorable. Dans les cas où la maladie est sympathique
altération organique, sa curabilité dépend de celle de cette altération.

L'hypochondrie peut-elle occasionner la mort par elle-même ? Les faits
pondent pas parfaitement à cette question. Cependant on conçoit que la g
débilitation que détermine l'état moral du malade, et les erreurs de régime
vent porter une atteinte assez profonde à l'organisme pour causer la mort.
quefois on voit l'hypochondrie disparaître à mesure que la maladie organiq
lui a donné lieu fait des progrès. Enfin, on l'a vue se transformer en diverses
espèces de folie. L'hypochondrie est quelquefois *compliquée* d'un autre ge
folie.

§ V. — Lésions anatomiques.

D'après ce que nous avons dit plus haut, il n'y a pas de lésions anato
qui soient propres à cette maladie ; ce serait par conséquent un hors-d'œuv
d'exposer ici, comme l'ont fait quelques auteurs, les altérations organique
l'hypochondrie a été la conséquence.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Après la description que nous venons de donner de la maladie, nous pouvo
que rien n'est plus facile que son diagnostic. Ce n'est, en effet, que faute
observation suffisante qu'on avait pensé que l'hystérie et l'hypochondrie o
points de ressemblance. Pour s'assurer qu'il n'est nullement nécessaire d'
un diagnostic à ce sujet, il suffit de comparer la description des deux mal
rien n'est plus dissemblable. Quant aux autres affections délirantes, on verr
l'article suivant en quoi elles diffèrent.

Il est important de s'assurer si l'affection est idiopathique ou sympathique
c'est en puisant dans les articles consacrés aux autres affections des connais
pathologiques suffisantes, qu'on parviendra à ce diagnostic.

Le *pronostic* dépend, ainsi que nous l'avons vu plus haut, de la lésion org
primitive ou consécutive. Par elle-même, l'hypochondrie ne menace pas le
du malade.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de l'hypochondrie ne demande pas de très grands détails,
qu'il suffit de poser des principes généraux dont le médecin doit varier l'appl
suivant les cas.

Traitement moral. L'*hypochondrie idiopathique* étant, surtout à son
une affection morale, c'est à cette espèce de traitement, dont nous aurons
occuper en détail dans l'article consacré à la *folie*, qu'on doit avoir principa
recours. Les auteurs sont unanimes sur ce point. Ce traitement consiste d
distractions, les *voyages*, l'*exercice* à cheval, en voiture, une *occupation* attr
des *intérêts mis en jeu*, etc., etc. Cette indication suffira pour le praticien q
étudier son malade.

La conduite du médecin vis-à-vis du malade mérite une attention particulière. D'après les circonstances de la maladie, il jugera si l'on doit faire honte au malade de sa pusillanimité, ou saisir quelque circonstance particulière de son caractère, pour s'en servir comme d'un levier propre à agir sur l'affection; mais ces nuances du traitement moral devant se retracer dans l'article suivant, je n'y insisterai pas ici.

S'il n'existe aucune affection physique, soit fonctionnelle, soit organique, ce n'est pas une raison pour s'abstenir de toute prescription; il est bon, au contraire, d'administrer des moyens inertes, en faisant croire au malade qu'ils ont une grande activité : par là on a réussi fréquemment à rétablir la santé des hypochondriaques. Quelquefois on est arrivé à ce résultat en faisant croire au malade qu'on lui extrayait d'une partie du corps un animal qu'il y croyait logé. Il faudrait se garder, après la réussite, d'avouer la supercherie; l'expérience a prouvé que le malade se croirait mal guéri, et retomberait dans son hypochondrie.

Assez souvent l'état d'irritation, de faiblesse, d'anémie, dans lequel se trouvent les hypochondriaques, exige qu'on emploie les *antispasmodiques*, les *narcotiques*, les *toniques*, les *ferrugineux;* c'est au médecin à juger de l'opportunité de leur application.

Le traitement moral convient également à l'*hypochondrie secondaire et sympathique;* mais il faut en même temps diriger les moyens convenables contre la maladie qui est le point de départ des idées délirantes. Ainsi on cherchera à guérir la gastralgie, l'entéralgie, etc. Dans les cas d'affection organique profonde, on ne peut guère avoir recours qu'à des moyens *palliatifs*, qu'il faut néanmoins se bien garder de négliger. On doit chercher les détails de ce traitement, dont il serait inutile de donner un résumé, dans les divers articles où sont décrites les maladies dont l'hypochondrie est la conséquence.

ARTICLE XVII.

FOLIE.

Avant d'aborder l'étude de la folie, je me suis demandé quelle était la manière la plus convenable de faire connaître au praticien tout ce qu'il lui est utile de savoir sur cette question intéressante de pathologie, et j'ai vu tout d'abord qu'il n'était pas nécessaire d'entrer dans de très grands détails. L'étude et le traitement de la folie forment la spécialité la plus distincte qu'il y ait en pathologie. Le praticien auquel s'adresse particulièrement cet ouvrage, ne trouverait aucun avantage réel à ce qu'on traitât ce sujet comme on doit le faire dans les ouvrages spéciaux. Ce qui lui importe, c'est d'avoir présents à l'esprit les caractères principaux auxquels on peut reconnaître les divers genres de folie, et d'avoir une appréciation juste des médications dirigées contre eux, non pour traiter lui-même les malades, ce qu'il n'est pas appelé à faire, mais pour conseiller, suivant les cas, telle ou telle méthode de traitement, et pour pouvoir se prononcer en connaissance de cause, lorsque les circonstances le forcent à donner son avis soit isolément, soit conjointement avec les médecins spéciaux. Ce sont ces principes qui m'ont dirigé dans l'article suivant.

Les anciens ne nous ont laissé sur la folie qu'un petit nombre de renseignements

qui témoignent de l'état peu avancé de leurs connaissances sur cette affecti Arétée (1), le premier, distingue et décrit à part la *manie* et la *mélancolie*. Cœ Aurelianus (2) signale la marche, l'invasion, les causes de la folie. Pendant lo temps les auteurs n'ont rien ajouté aux travaux de Cœlius Aurelianus, et la scie s'est peu enrichie des recherches de Galien, Plater, Th. Bonnet, etc., etc. . fin du siècle dernier, Perfect (3), Greding (4), Chiarugi (5), Crichton (6), I lam (7), ont publié un grand nombre de renseignements utiles sur l'aliénati mais il faut arriver à Pinel pour trouver un traité dogmatique sur cette partie sciences médicales. Pinel (8) commence une ère nouvelle dans l'histoire de la fo après lui, les travaux d'Esquirol (9) sont venus jeter une vive lumière sur (affection. Il faut y joindre les recherches des auteurs modernes, parmi lesquels i signalerons Georget, Leuret (10), MM. Foville (11), Calmeil (12), Lélut (13), I chappe (14), Brierre de Boismont (15), Baillarger (16), etc.

Les auteurs ont établi de nombreuses divisions pour l'étude de la folie ; elles loin d'être à l'abri de tout reproche : elles reposent toutes sur les caractères présente le désordre de l'intelligence, caractères qui varient à l'infini. Jos. F admet dix espèces de manie. Pinel reconnaît : 1° la *manie*, 2° la *mélancolie*, : *démence*, 4° l'*idiotisme*. Esquirol ramène toutes les formes de la folie à cinq gen 1° *lypémanie*, 2° *monomanie*, 3° *manie*, 4° *démence*, 5° *idiotisme*. Georget admet la classification d'Esquirol, en y ajoutant la *démence aiguë*.

Dans l'exposé des symptômes de la folie, je ferai mieux ressortir les vices d classifications ; en attendant, je dois faire une remarque qui est de la dernière portance pour l'étude de cette affection. La folie peut se présenter sous deux bien tranchés : ou elle ne consiste qu'en un *simple dérangement de la ra* ou elle *s'accompagne de symptômes physiques*. Cette distinction, que dans ces

(1) *De caus. et sign.*, lib. I, cap. V.
(2) *Acutor*, lib. I, cap. I, III, XI, XV.
(3) *Select. cases in the different species of insanity*. London, 1787.
(4) *Sammtliche medicinische Schriften*. Gratz, 1790.
(5) *Della pazzia in genere*. Florence, 1793.
(6) *Inquiry into the nature and origin.*, etc. London, 1798.
(7) *Obs. on insanity*. London, 1798.
(8) *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris, 1809.
(9) *Des maladies mentales*. Paris, 1838, 2 vol. in-8, fig.
(10) *Du traitement moral de la folie*. Paris, 1840, in-8. — *Des indications à suivre le traitement moral de la folie*. Paris, 1846, in-8. — *Fragments psychologiques sur la* Paris, 1834, in-8. — *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. VII, p. 552 ; t. IX, 655.
(11) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. ALIÉNATION MENTALE.
(12) *De la folie considérée sous le point de vue pathologique*, etc. Paris, 1845, 2 vol.
(13) *Inductions sur la valeur des altérations de l'encéphale*. Paris, 1836. — *Le dém Socrate*. Paris, 1836, in-8. — *L'amulette de Pascal, pour servir à l'histoire des hallu tions*. Paris, 1846.
(14) *Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies*. Paris, 1 — *Traité théorique et pratique de la folie*. Paris, 1841, in-8.
(15) *Des hallucinations*. 2ᵉ édition, Paris, 1852, in-8. — *Du délire aigu observé da établissements d'aliénés*, et *De l'emploi des bains prolongés et des irrigations continues le traitement des formes aiguës de la folie* (*Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1845, p. 477 ; t. XIII, p. 537).
(16) *Des hallucinations* (*Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1846, t. XII, à 516). — *Recherches sur le système nerveux*. Paris, 1847.
(17) *Dict. de méd.*, t. XIII.

niers temps Leuret (1) a rappelée, et dont il a tiré les conséquences les plus heureuses, est désormais nécessaire pour la solution des principales questions que soulèvent la nature, l'étiologie et le traitement de l'aliénation mentale.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La folie consiste dans l'aberration des facultés de l'entendement. Vouloir la définir d'après sa nature, sa marche, etc., ce serait s'exposer à être inexact ou incomplet.

Cette maladie a reçu des noms très variés : c'est la *phrenitis apyreta* de Sauvages ; la *manie*, la *démence* de plusieurs auteurs ; l'*aliénation mentale*, la *folie* de Pinel, d'Esquirol, de Leuret, de M. Lélut ; la *phrénalgie*, la *phrénopathie* de M. Guislain.

Il serait difficile de donner d'une manière même approximative le degré de fréquence de cette affection. Si aujourd'hui le nombre des aliénés paraît augmenter, c'est, selon toutes les probabilités, d'une part, parce qu'on connaît mieux les formes de la folie, et, de l'autre, parce que les établissements où l'on traite ce genre de maladie se sont multipliés. Suivant M. Brierre de Boismont et plusieurs autres auteurs, il y aurait un accroissement réel dû aux progrès de la civilisation ; mais le fait est loin d'être prouvé.

§ II. — Causes.

Comme dans beaucoup d'autres maladies, l'étiologie de la folie n'est pas la partie la moins obscure de son histoire; cependant, à voir les nombreuses statistiques publiées depuis quelques années sur ce point important, il semble qu'un aussi grand nombre de matériaux doive jeter une vive lumière sur la question. Mais il n'en est pas ainsi. Les auteurs se sont trop pressés de voir un rapport de causalité entre certaines conditions où se trouvaient placés les individus et le développement immédiat ou éloigné de la maladie. Souvent ils ont rapporté à une cause unique ce qui dépend de la réunion de plusieurs, sans qu'on puisse indiquer le degré d'action de chacune d'elles, et presque jamais ils ne se sont montrés assez sévères dans la recherche de l'existence de ces causes présumées.

1° Causes prédisposantes.

Hérédité. C'est peut-être la cause la mieux connue, et, selon toutes les probabilités, on trouverait sa fréquence plus grande qu'on ne le croit, s'il était possible d'avoir des renseignements sur tous les cas. Esquirol avait noté son influence sur près d'un tiers des malades chez les pauvres, et sur plus de la moitié chez les riches. Leuret a démontré également la grande influence de l'hérédité dans cette affection.

Sexe. C'est une opinion très généralement répandue que la folie est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. En réunissant les statistiques fournies par Esquirol, Parchappe, Guislain, Leuret, Ferrus, etc., etc., les auteurs du *Compendium* (2) sont arrivés aux chiffres suivants : sur 60,318 aliénés, se trouvent 31,580 hommes et 28,738 femmes. D'après ces chiffres, il faut reconnaître, avec M. Parchappe (3), que rien ne prouve que les femmes soient plus

(1) *Traitement moral de la folie.* Paris, 1840, in-8.
(2) Monneret et Fleury, *Compendium de médecine pratique*, article *Folie*, t. IV, p. 300.
(3) *Rech. statist. sur les causes de l'aliénation mentale*, 1839.

exposées à la folie que les hommes, et il faut en outre ajouter avec cet auteur que le rapport de la fréquence entre les deux sexes varie d'un pays et même d'une localité à l'autre.

Age. Relativement au nombre des aliénés, le maximum d'admission dans les établissements destinés à les traiter se rapporte à la période de trente à trente-neu ans. La période de vingt à quarante-neuf ans comprend la grande majorité des aliénés. Quant à l'âge relativement à la population, Esquirol et Leuret, d'aprè un relevé de 12,869 aliénés, sont arrivés aux conclusions suivantes : « Plus l'homm avance dans la vie, plus il est exposé à la perte de la raison, mais avec des chance différentes relativement aux âges. » C'est donc surtout pour les dernières période de la vie que la proportion est considérable.

Tempérament. Rien n'est plus vague que ce que nous ont laissé les auteurs à cet égard : nous nous abstiendrons d'en parler.

État civil. M. Desportes (1) avait depuis longtemps attiré l'attention sur c point, quand M. Parchappe, recueillant de nouveaux documents, trouva que l célibat et le veuvage peuvent être considérés comme une prédisposition à la foli dans les deux sexes.

L'influence des *professions* nous est peu connue; il n'en est pas de même de *saisons :* tous les relevés s'accordent pour établir que la fréquence de la folie es en raison directe de l'élévation de la température. Les *climats*, les *mœurs*, la *civilisation*, ont sans doute une part plus ou moins grande dans le développement d cette maladie; mais on sent que je ne puis discuter ici les résultats auxquels o est arrivé à cet égard.

Enfin on a recherché dans certains *états physiologiques* ou *pathologiques* u prédisposition à la folie. Je me contenterai de signaler l'établissement de la menstruation, la dentition, un caractère violent, l'épilepsie, un premier cas d folie, etc., etc.

2° Causes occasionnelles.

La division la plus naturelle est celle qui distingue les causes occasionnelles e *physiques* et en *morales*.

a. Causes physiques. Les infractions aux lois de l'hygiène, l'exposition à un soleil brûlant, l'abus des boissons alcooliques, les fatigues excessives, les inflammations encéphaliques, les coups sur la tête, les désordres menstruels, l'état puerpéral, les inflammations gastro-intestinales, les fièvres graves, les vers intestinau la syphilis, une maladie de la peau (2), les pertes séminales involontaires (3), etc., etc ont été, avec plus ou moins de probabilité, considérés comme pouvant donner li à la folie.

b. Causes morales. Les causes morales sont sans contredit les plus nombreuses, leur action paraît plus ou moins importante selon l'idée qu'on se fait de la nature d aberrations de l'esprit. Elles comprennent tout ce qui agit sur les facultés intelle tuelles et affectives : la misère, le chagrin, la honte, l'ambition, la peur, l'am contrarié, etc., etc. Il serait inutile d'en faire une plus longue énumération. P

(1) *Rapport sur le service des aliénés.* Paris, 1823.
(2) Blanc. *Journ. des conn. méd.-chirurg.*, 16 octobre 1851.
(3) Lisle. *Compte rendu de l'Acad. de méd.*, mars 1851.

en déterminer le degré d'importance, M. Parchappe, les opposant à toutes les autres causes déterminantes réunies, a donné le rapport suivant : sur 385 aliénés, 243 causes morales (63 sur 100), 142 causes de toute nature (37 sur 100).

§ III. — Symptômes.

Je l'ai dit plus haut, la folie peut ne consister qu'en un trouble des facultés intellectuelles, ou bien elle peut s'accompagner de symptômes physiques. Cette distinction, sur laquelle Leuret a insisté avec tant de force, et qui l'a mis sur la voie d'un traitement dont les résultats ont été souvent si heureux, nous conduit naturellement à diviser les symptômes en *moraux* et en *physiques;* les premiers pouvant exister seuls, c'est par eux que je commencerai cette description.

1° *Symptômes moraux.* Les troubles de la pensée sont nombreux et variés comme les mille combinaisons de la pensée elle-même : « Quel est celui, dit Esquirol, qui pourrait se flatter d'avoir observé et de pouvoir décrire tous les symptômes de la manie, même dans un seul individu? » Cependant on peut toujours les rapporter à quelqu'une des grandes divisions de l'entendement, et, pour leur étude, nous suivrons celle qu'a établie Leuret (1). Elle repose, en effet, sur une analyse raisonnée des troubles de l'esprit, et si elle ne comprend pas tous les désordres moraux sans exception, si l'on a pu élever contre elle quelques objections de détail (quelle est la classification pathologique qui peut échapper aux objections?), elle est du moins plus complète et plus pratique que les autres, et surtout elle convient au praticien à qui elle permet de saisir les plus légères nuances de la folie. Nous aurons donc à examiner le désordre : 1° de l'intelligence, 2° des sensations, 3° des passions.

A. *Intelligence.* Il est des fous qu'on appelle *incohérents :* leur aberration consiste en ce que leurs idées, privées d'une association régulière, s'accouplent au hasard et donnent naissance aux composés les plus disparates. Cette incohérence peut aller jusqu'à la prononciation de mots dont l'assemblage ne forme aucun sens, jusqu'à l'articulation de syllabes qui ne forment aucun mot. L'incohérence s'étend aussi aux gestes, aux actions; en général, elle paraît plus grande dans les écrits que dans les paroles.

Sous le titre de *conceptions délirantes*, il faut ranger ces mille troubles de l'intelligence qu'on appelle craintes imaginaires, idées extravagantes, opinions ridicules, etc., etc. Il est des fous qui se trompent sur leurs *organes* ou sur leur *personnalité :* quelques uns croient avoir des jambes de verre ; il y a des femmes qui se croient changées en hommes, et des hommes en femmes ; des individus qui, *privés de leur personnalité antérieure*, sont devenus Jésus-Christ, Mahomet, etc., ou qui, *transformés en bêtes*, ne doutent pas qu'ils ne soient loups, chiens (*loups-garous, cynanthropie, lycanthropie*). Un homme se croyait de beurre, et, dans la crainte de fondre, il n'approchait jamais du feu. On pourrait multiplier ces exemples à l'infini. Il y en a qui *confondent* les personnes. M. Foville a publié l'observation d'un ancien militaire qui se disait mort à l'armée depuis fort longtemps. Un malade dont parle Aétius se croyait également mort, et pour cette raison il ne voulait prendre aucune nourriture : un autre homme fit le mort; on le mit à table, et il mangea. Le malade suivit son exemple. Je me contenterai de ces citations.

(1) *Fragm. psych. sur la folie*, 1834, in-8.

« L'*attention*, dit Esquirol, est lésée chez presque tous les fous : il suffit souvent de les rendre attentifs pour les faire raisonner juste. La *mémoire* subit des atteintes variables; elle peut rester intacte ou être complétement abolie. »

B. *Sensations*. Entre la conception et la sensation, il y a un phénomène intermédiaire que les médecins appellent *hallucinations*. L'hallucination est un phénomène psychique, s'accomplissant indépendamment des sens, et consistant en des sensations externes que le malade croit éprouver, bien qu'aucun agent extérieur n'agisse matériellement sur ses sens. Cette définition, donnée par Esquirol, établit la différence qui existe entre cette aberration et celle qu'on désigne sous le nom d'*illusions*. Deux malades se plaignent de ce qu'on leur dit des injures : l'un après qu'un son de voix a réellement frappé son oreille (illusion) ; l'autre quand tout est resté silencieux autour de lui (hallucination). Le premier, trompé par sa préoccupation, a prêté la pensée qu'il avait au bruit extérieur : sans le bruit, sa pensée ne se serait pas convertie en sensation. Le second n'a rien entendu : le bruit, le son de voix n'existent que pour lui.

Hallucinations. En étudiant les hallucinations selon les sens auxquels elles se rattachent, nous trouvons en première ligne celles de la *vue* et de l'*ouïe*. Ce sont elles qui font croire aux malades qu'ils voient des fantômes, des personnes absentes, qu'ils entendent des plaintes, des rires, quand aucun objet, aucun bruit n'existe. Suivant Marc (1), les hallucinations de l'ouïe sont les plus fréquentes et se rencontrent au moins chez les deux tiers des hallucinés. Leuret (2) remarque que les hallucinations de la vue et de l'ouïe se montrent plus souvent réunies qu'isolées. Celles du *goût* et de l'*odorat* sont assez rares. Certains malades prétendent être affectés de saveurs désagréables, d'autres se plaignent qu'on leur fasse sentir de mauvaises odeurs. Leuret dit n'avoir pas vu d'exemple de cette aberration sensoriale isolée de tout symptôme de folie. Les hallucinations du *toucher* sont assez fréquentes : les malades croient qu'on les frappe, qu'on leur enfonce un poignard dans le corps. Sous le nom d'hallucinations des *organes intérieurs*, on désigne ces aberrations qui font, par exemple, croire au malade que son corps est rempli de vapeurs sulfureuses qui l'étouffent.

Ce que je viens de dire des hallucinations s'applique également aux *illusions* des sens ; je m'en tiendrai donc à ces détails. J'ajouterai qu'on donne plus spécialement le nom de *visions* à des hallucinations survenues pendant le sommeil ; elles diffèrent des rêves ordinaires en ce qu'elles font sur l'esprit une impression *profonde* et *restent* gravées dans la mémoire. Aux aberrations de la sensibilité il faut joindre ce qu'on appelle *incubes*, *succubes*, *possession*, *extase*, etc. L'étude de ces phénomènes appartient plus à la psychologie et à l'histoire qu'à la pathologie proprement dite.

C. *Passions*. Sous ce chef, je range toutes les formes du délire caractérisées par l'aberration de la *volonté*, qui comprend la perversion des *passions*, des *désirs*, des *instincts :* elles varient à l'infini. C'est dans cette catégorie que nous trouvons la plupart des formes décrites par les auteurs sous le nom de *monomanie*. Ainsi les malades ont un orgueil excessif; ils s'abandonnent à la haine, à l'amour, à la joie,

(1) *De la folie, considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires*. Paris, 1840, in-8, t. I, p. 188.
(2) *Fragm. psych.*

à la tristesse avec excès : ils ont d'affreuses terreurs ; ils sont irrésistiblement entraînés au vol, à l'homicide, au suicide, à l'incendie, à la luxure, etc., etc.

2° *Symptômes physiques.* Je l'ai déjà dit, ils peuvent manquer complétement. Quand ils existent, ils varient selon les diverses conditions dans lesquelles se trouvent les malades, et l'état organique sous l'influence duquel ils sont produits.

C'est à la *motilité* qu'appartiennent les principaux troubles dont il s'agit. Certains aliénés sont calmes, n'ont rien d'anormal dans les mouvements pendant la durée de leur maladie ; beaucoup, au contraire, présentent une agitation tantôt passagère, tantôt presque continuelle. Il en est dont l'agitation, née avec la maladie, ne finit qu'avec elle. Les malades frappent, brisent ce qui se trouve sur leur passage ; quelquefois ils s'abandonnent à des mouvements bizarres, désordonnés ; ils chantent, crient, vocifèrent ; font des grimaces, rient, pleurent follement, etc., etc. Souvent il s'y joint des tremblements partiels ou généraux, des contractures, des convulsions, des attaques épileptiformes. D'autres fois la *paralysie* se manifeste ; elle donne alors à la maladie une physionomie particulière : j'en parlerai plus loin à l'occasion des formes de la folie.

L'état de la *circulation* a été noté par différents auteurs. M. Foville, en observant le pouls sur 62 malades pris au hasard, a trouvé pour moyenne 84 pulsations par minute. Leuret et M. Mitivié (1), après avoir compté le pouls pendant vingt-huit jours chez 89 aliénés, ont obtenu une moyenne de 82. Suivant eux, la fréquence du pouls varie dans les différentes espèces d'aliénation ; mais dans celle où la fréquence leur a paru être le moins considérable, la moyenne a encore été de 76. Ils ont, en outre, trouvé une fréquence plus grande en été qu'en hiver, plus grande aussi chez les vieillards que chez les jeunes gens ou les adultes, et chez les malades maigres et faibles que chez les malades forts et robustes.

En général, les troubles des *fonctions digestives* sont peu prononcés. Ordinairement l'appétit se conserve ; quelquefois il est diminué, d'autres fois augmenté à l'excès ; les malades mangent avec une voracité extraordinaire. Il y a parfois des alternatives de constipation et de dévoiement. Certains aliénés ont une salivation habituelle, abondante ; d'autres refusent de manger, par suite de conceptions délirantes.

Enfin l'*insomnie* accompagne très souvent la folie : souvent elle est opiniâtre, et il n'est pas rare de voir des malades entièrement privés de sommeil pendant un mois. La physionomie, tantôt d'une mobilité extrême, tantôt sans expression particulière, reflète souvent la passion dominante, et surtout la conception délirante. La peau est ordinairement chaude, sèche ou humide. Certains aliénés restent dans un marasme prononcé, d'autres présentent un état d'obésité qui peut acquérir d'énormes proportions.

Tels sont les désordres physiques et moraux dont se compose la folie. De la réunion de plusieurs d'entre eux, de la considération du caractère du délire, et des symptômes qui l'accompagnent, les auteurs ont déduit les différentes formes de l'aliénation. A cet égard, la classification d'Esquirol mérite d'être rappelée : elle a servi de base à la plupart des travaux modernes. Ce médecin admet : 1° la *lypémanie* (mélancolie des anciens) : c'est le délire sur un objet ou un petit nombre d'ob-

(1) *De la fréquence du pouls chez les aliénés.* Paris, 1832, in-8.

jets, avec prédominance d'une passion triste et dépressive ; 2° la *monomanie*, (délire borné à un seul objet ou un petit nombre d'objets, avec prédomin d'une passion gaie et expansive ; 3° la *manie*, qui est le délire sur toutes s(d'objets, accompagné d'excitation ; 4° la *démence :* c'est le délire avec affaibl ment des facultés intellectuelles et morales ; les insensés déraisonnent, parce les organes de la pensée ont perdu leur énergie et la force nécessaire pour ren leurs fonctions ; 5° l'*imbécillité* ou *idiotie*, état dans lequel les facultés inte tuelles ne se sont jamais manifestées, ou n'ont pu atteindre qu'un très faible d de développement.

Pour faire sentir les défauts de cette classification, il suffit de faire remar(que la lypémanie rentre directement dans la monomanie, dont elle n'est qu variété, et que l'idiotie doit être distraite de l'étude de la folie. Je conser' néanmoins une partie de ces formes, et j'en ajouterai d'autres qui ont leur im tance, comme on le verra dans l'énumération suivante :

1° *Manie*, ou délire général, avec ou sans excitation ; 2° *monomanie*, ou d borné à un seul ou à un petit nombre d'objets, avec prédominance d'une pass 3° *hallucinations ;* 4° *démence*, ou affaiblissement des facultés intellectuelles ; 5 *ralysie générale des aliénés ;* et à ces espèces j'ajoute les *variétés* suivantes : 6 *lie des femmes en couches ;* 7° *folie par empoisonnement*, *par les narcoti(l'alcool.*

Les détails dans lesquels je suis entré à l'occasion des symptômes me disp(ront de décrire longuement les différentes formes de la folie que je viens d': quer : ce serait s'exposer à des répétitions inutiles.

1° *Manie.* Ce qui constitue essentiellement la manie, c'est le désordre génér l'intelligence. Le maniaque a de l'*incohérence*, des *conceptions délirantes*, *hallucinations*, des *aberrations de la volonté*, de l'*agitation*. Quelques au regardent la *fureur* comme inséparable de la manie ; l'observation est contra cette opinion. Esquirol, Marc, M. Calmeil, et beaucoup d'autres médecins vu des maniaques qui n'étaient jamais furieux ; mais, en raison de leur ext susceptibilité, presque tous les maniaques sont très irritables ; ils entrent en fu pour le plus léger motif, à la suite d'une hallucination, etc.

Les femmes sont plus fréquemment agitées que les hommes ; chez ces dern les *accès de fureur* se montrent aussi à des intervalles plus éloignés. Lorsq fureur est continue, l'aliénation a reçu de quelques auteurs le nom de *foli(rieuse.*

C'est surtout dans la manie qu'on observe de nombreux désordres de la *n lité ;* la *sensibilité* aussi y est souvent exaltée, quelquefois pervertie. Su Leuret et M. Mitivié, les maniaques sont, après les hallucinés, les aliénés lesquels on observe la plus grande fréquence du *pouls ;* la moyenne est de 90 sations par minute. La *respiration* est accélérée pendant les paroxysmes, natu dans l'intervalle. L'*appétit* est variable. « Presque tous les maniaques, dit M. meil, rendent les déjections alvines dans leurs vêtements, urinent dans le sans qu'on puisse attribuer cet accident à la faiblesse des sphincters ; ils se sa par oubli ou par calcul. » Beaucoup de maniaques, pendant les accès, laissen ler une abondante quantité de salive ; d'autres font tous les efforts et tous le vements d'un homme qui crache, et cependant ils ne rejettent rien.

En général, les maniques maigrissent, les traits de la face s'altèrent. Beaucoup d'entre eux déchirent leurs vêtements ou s'obstinent à rester entièrement nus ; la plupart sont enclins à la malpropreté ; ils se bouchent le nez, les oreilles avec des objets dégoûtants.

2° *Monomanie*. Le nombre des malades qui ne délirent que sur un seul objet est infiniment petit, si même il en existe. M. Foville (1) dit n'avoir vu que deux monomaniaques qui méritassent rigoureusement ce nom, et encore éprouvaient-ils par intervalles un délire plus ou moins étendu. M. Lélut et Leuret, dans leur longue pratique, n'ont jamais rencontré une monomanie proprement dite. Nous entendrons donc par monomanie un délire qui ne s'étend qu'à une partie des opérations de l'entendement, et caractérisé par la prédominance d'une idée ou d'une passion. Ce délire peut varier à l'infini, comme les mille manières de sentir et de penser. On conçoit ainsi qu'il soit impossible non seulement de décrire, mais de prévoir toutes les *monomanies*. Voici les principales admises par les auteurs.

a. Monomanie d'orgueil. « La part de l'orgueil, dit Leuret (2), est si large dans la société, que l'on s'étonne presque de voir les excès de cette passion compter au nombre des aberrations de l'esprit. L'orgueil est folie, seulement à ceux qui, portant cette passion à l'excès, sont en même temps si maladroits et si aveugles, que nul raisonnement ne peut les détromper, et qu'ils manquent du talent et de la force nécessaires pour imposer aux autres leur propre conviction. » Dans cette forme de délire, les malades croient posséder des richesses immenses, se figurent être princes, généraux, etc., etc. « On dirait, ajoute M. Leuret en parlant de l'orgueil, qu'il est d'autant plus hardi, qu'il germe dans un entendement moins cultivé. L'homme instruit, quand il est aveuglé par cette passion, monte quelques degrés, l'homme ignorant va d'un seul bond jusqu'au sommet ; le premier se fait ministre, roi ou empereur ; le second s'arrête rarement à ces dignités trop fragiles, il se fait Dieu. Les dieux que l'on rencontre dans les maisons d'aliénés appartiennent presque tous à la classe la plus pauvre. »

b. Monomanie gaie (monomanie proprement dite d'Esquirol). Elle est opposée à la suivante.

c. Monomanie triste. C'est la *mélancolie* des anciens, la *lypémanie* d'Esquirol. Dans ce cas, les malades sont en proie aux idées les plus sinistres ; ils se croient déshonorés, condamnés à mort, emprisonnés, etc., etc. ; quelques uns sont sous l'influence d'une terreur continuelle, irrésistible : on les a appelés *panophobes*.

d. A la *monomanie religieuse* se rattachent ces formes du délire qu'il me suffira de nommer pour en faire connaître le caractère : telles sont la *théomanie*, la *démonomanie*, l'*ascétisme*, etc., etc.

Il me suffira également de mentionner la *monomanie érotique* ou *érotomanie*, la *monomanie du vol* ou *kleptomanie* (Marc), la *monomanie incendiaire* ou *pyromanie* (Marc), la *monomanie du suicide* et la *monomanie homicide*.

La monomanie, telle que nous l'entendons, est plus répandue que la manie et les autres espèces ; elle est aussi plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

3° *Hallucinations*. J'ai déjà parlé des hallucinations à l'occasion de l'étude des

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. ALIÉNATION MENTALE, t. I, p. 511.
(2) *Fragm. psych.*, p. 397.

aberrations de la sensibilité; j'ajouterai que, suivant Leuret et M. Mitivié, les sujets affectés de cette forme de délire présentent la plus grande fréquence de la *circulation :* sur 50 hallucinés, ils ont trouvé une moyenne de 95 pulsations par minute. Quelquefois les hallucinations constituent à elles seules presque tout le dérangement de la raison ; ces cas ont reçu le nom de *monomanie sensoriale.*

4° *Démence.* La démence est, comme l'a dit Esquirol, l'affaiblissement des facultés intellectuelles. Elle peut être la terminaison de toutes les formes de la folie et de certains états organiques du cerveau ; mais je ne l'envisagerai pas sous ce point de vue. Elle ne nous intéresse ici que comme mode sous lequel peut se présenter le dérangement de la raison.

Quelquefois la démence n'affecte d'abord qu'une seule faculté, comme la mémoire, ou un petit nombre de facultés ; le plus souvent, dès le début, elle intéresse l'ensemble des facultés. Dans certains cas, l'affaiblissement de l'intelligence est à peine sensible ; il faut bien connaître le malade, et le comparer soigneusement à lui-même pour soupçonner une lésion de l'entendement. Ainsi on n'aperçoit pas de lacune dans les idées, mais les opérations intellectuelles sont lentes ; les passions s'éteignent ; dans les écrits beaucoup de phrases restent incomplètes, la fin ne se rapporte pas au commencement. Quelques malades répètent indéfiniment le même mot, le même air, adoptent un tic, un geste ; le visage est privé de mobilité et d'expression ; les habits sont en désordre : « Tantôt le corps est maigre, tantôt il est chargé d'embonpoint ; la face est pleine, les conjonctives sont colorées (1). » A un degré extrême, la démence amène l'*abolition* de presque toutes les facultés : les malades sont dans un état voisin de l'*idiotisme.*

La démence est parfois interrompue par des moments d'excitation ; les malades offrent la plupart des symptômes de la manie ; ils ont des hallucinations, souvent aussi des convulsions, des attaques épileptiformes ; mais ces phénomènes n'ont qu'une courte durée et sont suivis d'un affaiblissement extrême. Les déments ont la sensibilité obtuse ; leur pouls est ordinairement lent : la moyenne des pulsations est de 76 (Leuret et Mitivié). La démence, même quand elle est récente, est rarement curable : compliquée de paralysie, elle ne guérit jamais.

5° *Paralysie des aliénés.* Dans les formes de délire que nous venons de passer en revue, les troubles de l'intelligence tiennent la première place, mais il arrive fréquemment qu'à une époque variable de leur durée, un ensemble de phénomènes physiques survient et domine les premiers. Alors la maladie prend une physionomie nouvelle ; c'est moins, du reste, une forme particulière de la folie qu'une phase nouvelle, qu'une complication : on désigne généralement cet état sous le nom de *paralysie des aliénés*, et cette affection, étudiée avec le plus grand soin par M. Calmeil, a reçu ce nom en raison des troubles de la myotilité et des conséquences qu'elle entraîne. Elle mérite une description à part.

Les premiers signes par lesquels se manifeste la paralysie des aliénés sont habituellement fugaces, souvent faciles à méconnaître. Dans la plupart des cas, la *langue* est la première partie affectée. Tantôt on n'observe qu'une espèce de gêne qui oblige le malade à faire quelques efforts en parlant ; la voix est moins nettement articulée ; il y a de l'hésitation, de la lenteur, de la difficulté à prononcer certains

(1) Esquirol, *Des maladies mentales*. Paris, 1838, t. II. p. 223.

mots. Tantôt il y a un véritable bégaiement. La langue sort lentement de la bouche, et les lèvres sont un peu tremblantes. En outre M. Baillarger (1) vient d'appeler l'attention des médecins sur un nouveau symptôme qui appartient au début de l'affection, mais qui devient plus caractéristique à une époque avancée : c'est l'*inégale dilatation des pupilles.*

M. Baillarger explique ce fait en admettant que la lésion des deux hémisphères n'étant pas tout à fait au même degré, il en résulte cette différence dans la sensibilité des pupilles. Ces seuls indices mettent le praticien sur la voie d'une lésion nouvelle dont les symptômes ne tarderont pas à se montrer comme il suit :

A l'embarras de la prononciation viennent se joindre parfois la déviation de la langue, celle des commissures et des traits du visage ; puis la parole devient presque inintelligible. La marche paraît difficile, vacillante, mal assurée ; les membres inférieurs sont demi-fléchis, les pieds traînent sur le sol ; les faux pas sont communs, les chutes faciles ; chose remarquable, les membres supérieurs paraissent conserver leur force et leur mobilité, tandis que les jambes sont ainsi affectées. « Il est à croire, dit M. Calmeil (2), que si les bras étaient obligés de soutenir, comme le font les jambes, tout le poids du corps, on apercevrait de meilleure heure les premiers indices de la faiblesse qui finit par les atteindre. » Plus tard, la marche devient impossible, et les membres supérieurs, quoiqu'à un moindre degré, sont presque complétement privés de mouvement. La paralysie, qui s'étend aux muscles de la déglutition, permet aux aliments de s'accumuler dans le pharynx ; là, ils compriment le larynx et déterminent promptement l'asphyxie. Cet accident termine souvent la vie des paralytiques aliénés. Le rectum se paralyse, et l'on observe, soit une incontinence, soit une rétention des matières fécales. Il en est de même pour la vessie.

Au milieu de ce trouble profond de la myotilité, le désordre de l'intelligence revêt souvent la forme de la démence ; très fréquemment il y a des idées de grandeur, de richesses ; mais c'est à tort qu'on a voulu faire de ce caractère un signe distinctif de la folie avec paralysie.

Ici les phénomènes physiques sont sous la dépendance d'une lésion organique. Dans quels rapports sont-ils avec le trouble de l'intelligence ? Il serait difficile de répondre à cette question. Nous dirons, avec les auteurs, que la paralysie se manifeste de trois manières différentes : tantôt, et le plus fréquemment, la lésion de l'intelligence précède celle de la myotilité ; tantôt, et le plus rarement, c'est le contraire qui a lieu ; tantôt enfin l'une et l'autre sont affectées en même temps.

La paralysie des aliénés entraîne, on peut dire constamment, les malades au tombeau ; c'est à peine si l'on compte quelques cas guéris au début. La nature des lésions qui la tiennent sous sa dépendance explique cette impuissance de la thérapeutique.

Variétés. Il est encore deux conditions spéciales au milieu desquelles peut survenir la folie, et qui paraissent, en raison même de cette particularité, lui donner une physionomie distincte : on les a décrites à part. Ce sont la *folie puerpérale* et la *folie alcoolique.*

(1) *Gazette des hôpit.*, mai 1850.
(2) *De la paralysie considérée chez les aliénés.* Paris, 1826, in-8.

« 6° La *folie puerpérale* se manifeste après l'accouchement, pendant l'allaitement, ou après le sevrage. Suivant Esquirol, sa fréquence est à celle de l'aliénation mentale en général : : 1 : 11. La folie puerpérale qui survient après l'accouchement est plus fréquente dans la classe riche; celle qui survient pendant ou après l'allaitement est plus commune dans la classe pauvre : la première est plus fréquente que la seconde. Sur 92 malades observées par Esquirol, la folie puerpérale avait revêtu la forme de la manie 49 fois, de la monomanie 35 fois, de la démence 8 fois. En général, sa durée est courte; sa terminaison est souvent heureuse; la mortalité n'est que de 1/18.

7° L'abus des *boissons alcooliques* donne lieu à un ensemble de symptômes particuliers; ce n'est pas ce que la plupart des auteurs ont décrit sous les noms d'*œnomanie* ou *folie des ivrognes* (1), c'est un désordre moral, distinct de l'ivresse. M. Marcel qui nous a donné une excellente thèse sur ce sujet (2), décrit ainsi cette variété :

« Les individus soumis à l'action secondaire du principe alcoolique étaient en proie à des hallucinations et à des conceptions délirantes, dont le caractère commun et bien tranché était généralement de porter une atteinte profonde à leur sûreté physique et morale. Fréquemment l'effet de ce trouble était le suicide, acte volontaire qui n'était le plus souvent qu'un accident du délire lui-même. Chez ces malades, la mémoire et l'attention n'avaient éprouvé aucune altération notable; seulement eu égard à l'état de dépression où se trouvait l'esprit, ces facultés ne s'exerçaient pas avec leur vivacité normale; on n'observait pas non plus d'incohérence dans les idées.

» Parmi les passions, la jalousie s'ajoutait souvent aux autres formes du délire. A côté de ces symptômes moraux, il n'y avait pas de mouvement fébrile; de temps en temps on notait de l'insomnie et de l'agitation provenant directement du délire des sensations ou des idées. »

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Que dire de la *marche* de la folie, quand nous voyons les éléments multiples dont cette maladie se compose, et surtout leur nature et les formes variées sous lesquelles ils peuvent se montrer ? On peut l'affirmer, la science ne possède que des données vagues sur ce point important. Je me contenterai de présenter ce que les auteurs ont donné de plus précis à cet égard.

Georget décrit avec assez de soin une période qui, dans beaucoup de cas, peut durer fort longtemps, et pendant laquelle l'état du malade est le plus souvent méconnu ou mal apprécié; cette période est pour lui une sorte d'*incubation*. Parfois l'*invasion* ou l'explosion suit de près l'action des causes qui font naître le délire; ainsi on voit se déclarer une folie évidente en quelques heures, quelques jours. Quoi qu'il en soit, que la folie ait été ou non précédée de symptômes précurseurs et que ces troubles aient porté sur l'état physique ou sur l'état moral, une fois déclarée, elle suit une marche aiguë ou chronique, continue, rémittente ou intermittente. Je ne m'arrêterai pas à discuter les bases de ces divisions, elles témoi-

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1828, t. I, p. 181.
(2) *De la folie causée par l'abus des boissons alcooliques*. Thèse, Paris, 1847.

gnent assez de la difficulté de préciser la marche d'une affection qui se compose en grande partie de phénomènes naturellement variables, et dont les lois nous échappent.

La *manie* est beaucoup plus souvent intermittente que toute autre forme de la folie; la *démence* avec paralysie ne l'est jamais : elle peut succéder à chacune des autres formes, et surtout à la manie. Quelquefois les formes de la folie se succèdent les unes aux autres d'une manière régulière. Esquirol cite une malade qui était alternativement, un an lypémaniaque, et un an maniaque.

La *durée* de la folie est variable : ce serait s'exposer à l'erreur que de hasarder quelque assertion sur les données que nous ont transmises les auteurs. La folie peut durer de quelques jours à plusieurs années. La durée de la démence avec paralysie varie de huit mois à trois ans (1).

La folie peut se *terminer* par la guérison ou par la mort. Dans le premier cas, le retour à la santé s'opère tantôt brusquement, tantôt graduellement et avec lenteur. On conçoit que la *terminaison* est subordonnée à une foule de circonstances qu'il est facile de prévoir, et sur lesquelles nous ne sommes pas suffisamment renseignés, telles que l'ancienneté de la maladie, sa forme, ses causes, les moyens thérapeutiques employés contre elle, etc. La mort peut enlever un malade dans un accès de manie; elle termine presque infailliblement la folie qui s'accompagne de paralysie. Beaucoup d'aliénés périssent *accidentellement*, et même, dans la forme paralytique, la mort est due souvent à une *affection intercurrente* ayant son siége dans les poumons ou le cerveau. Esquirol avait fixé la mortalité ainsi qu'il suit : *manie*, 1 sur 25 ; *monomanie*, 1 sur 16 ; *lypémanie*, 1 sur 12 ; *démence*, 1 sur 3. Relativement au sexe, la mortalité serait plus considérable chez les hommes.

§ V. — Lésions anatomiques.

Tous les auteurs français et étrangers qui ont publié le résultat de l'ouverture des corps chez les aliénés ont cité des cas de folie sans lésion, au moins apparente, du cerveau. Quant aux cas qui ont offert des altérations auxquelles ils ont cru devoir rapporter la folie, Leuret (2) les a discutés, et après avoir passé en revue le degré d'épaisseur des os du crâne, les lésions des méninges, l'injection sanguine, l'atrophie, l'hypertrophie du cerveau, les modifications survenues dans la densité ou la couleur de cet organe, l'adhérence contractée par les méninges avec les circonvolutions cérébrales, le développement des granulations à la surface des ventricules, et l'union des plans fibreux dont seraient composés, d'après M. Foville, les hémisphères cérébraux, il arrive à ces conclusions : « 1° On a accumulé, sans esprit de critique, toutes les altérations rencontrées, ou que l'on a cru rencontrer dans le cerveau des individus morts après avoir été atteints d'aliénation mentale ; 2° on a attribué le désordre de l'intelligence et des passions à ces altérations réelles ou supposées ; 3° on a négligé de tenir compte des altérations compatibles avec l'intégrité de l'intelligence ; 4° en ce qui concerne les altérations propres aux aliénés, on n'a pas fait la part des symptômes physiques et celle des symptômes psychiques. »

(1) Esquirol; *loc. cit.*
(2) *Traitement moral de la folie.*

Leuret ajoute : « Je ne voudrais pas conclure de là que le cerveau des aliénés n'ait éprouvé aucune altération, même dans les cas où l'aliénation se montre libre de toute autre complication morbide. J'admets, dans la production de la folie, l'influence de certaines causes physiques ; j'admets également que les lésions organiques du cerveau sont plus fréquentes chez les aliénés que chez toute autre espèce de malades. Mais, quant à l'altération qui serait la cause immédiate de la folie, je nie que personne l'ait indiquée. » Les recherches d'Esquirol et de M. Lélut conduisent au même résultat.

Une exception peut néanmoins être faite pour l'aliénation avec *paralysie générale*. La lésion principale qu'on trouve dans cette affection est une adhérence des membranes du cerveau à la substance de cet organe, telle que lorsqu'on veut les détacher, on enlève avec elles de petits fragments de la substance corticale, d'où résulte un aspect déchiqueté très remarquable. Suivant la plupart des auteurs, cette facilité avec laquelle on entraîne des fragments de substance cérébrale serait due non seulement à l'adhérence des membranes, mais encore au ramollissement de la couche corticale. M. Foville a constaté que cette couche ne paraît ramollie que *relativement*, qu'elle a sa consistance ordinaire, tandis que la substance blanche est indurée. J'ai vu, dans deux cas, cette induration de la substance blanche. Elle varie suivant le degré de l'affection. Chez un des sujets, elle était telle, que la partie blanche du cerveau avait une résistance au moins triple de celle qu'elle a ordinairement. Elle avait pris une légère teinte chamois, avait perdu son brillant, et avait acquis assez d'élasticité pour qu'une tranche de sa substance pût être allongée par la traction au point d'offrir plus de deux fois son étendue primitive, et que, suspendue ensuite en l'air, elle pût supporter son propre poids, sans se rompre, ce qu'il est absolument impossible d'obtenir avec une tranche de substance blanche à l'état normal. Suivant M. Foville, cette induration est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement, et les nerfs eux-mêmes participent à cette induration. Je n'ai pas eu occasion de vérifier ce dernier fait.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. Reconnaître si une personne est folle, à quelle forme de folie appartient le dérangement de la raison, distinguer la folie des autres maladies avec lesquelles on peut la confondre, telles sont les trois questions dont la solution résume le diagnostic de l'aliénation mentale. Nous allons les traiter avec l'étendue que comporte l'importance de chacune d'elles.

1° Au premier abord, il semble que rien n'est plus facile que de distinguer un homme fou d'un homme qui a conservé sa raison, et cependant il est beaucoup de cas où il est loin d'en être ainsi. « Il ne m'a pas été possible, dit Leuret (1), quoi que j'aie fait, de distinguer par sa nature seule une idée folle d'une idée raisonnable. J'ai cherché, soit à Charenton, soit à Bicêtre, soit à la Salpêtrière, l'idée qui me paraîtrait la plus folle; puis, quand je la comparais à un bon nombre de celles qui ont cours dans le monde, j'étais tout surpris et presque honteux de n'y pas voir de différence..... Ce qui est *trouble* ici, est là un état *physiologique*..... Avec les mêmes idées, on peut être regardé comme sage ou aliéné : cela dépend

(1) *Fragm. psychologique sur la folie.*

du temps dans lequel on vit, du caractère et du degré d'instruction des personnes dont on est entouré. L'homme est la mesure de tout, notre raison est la mesure de la folie des autres (1). » Ne trouvant pas dans la *fausseté des idées* un caractère qui n'appartînt qu'à la folie, Leuret l'a cherché ailleurs : « A la *fausseté* des idées, dit-il, il m'a fallu joindre leur *fixité* et leur *cohésion anormale*. Un homme prend des pierres pour des métaux précieux : idée fausse ; rien ne peut le détourner de cette croyance : idée fixe ; chaque fois qu'il voit une pierre, l'idée qu'il y a jointe revient nécessairement : cohésion anormale. »

Mais ces traits, qui peuvent nous servir à caractériser la folie, ne sont pas toujours apparents, faciles à constater. En présence de cas où le dérangement de la raison est douteux, parce qu'il peut être *simulé*, *dissimulé*, *imputé* (et l'on comprend dans quel embarras ces conditions peuvent jeter le médecin), il faudra s'entourer de tous les moyens capables de conduire à la découverte de la vérité. Ces moyens ont été indiqués par Georget (2), et surtout par Marc (*loc. cit.*), qui en a donné un exposé clair et judicieux : je renvoie le lecteur aux écrits de ces médecins, me contentant de leur emprunter les principaux détails.

On prendra des renseignements sur l'état antérieur de l'individu soumis à l'observation ; on demandera s'il y a des aliénés dans sa famille ; s'il a déjà eu des accès de folie ; s'il a été exposé à des causes qui la font naître ; on cherchera quels changements se sont opérés dans ses habitudes, ses goûts, etc. ; on l'interrogera à plusieurs reprises, tantôt dans un endroit, tantôt dans un autre ; on le placera de manière à l'observer sans qu'il s'en doute ; on l'invitera à écrire : le dément oublie des mots, le monomaniaque parle de l'objet de son délire. « Lorsqu'une personne est traitée comme aliénée, et qu'elle prétend ne pas être folle, on lui demande quels motifs on pourrait avoir de la persécuter ; et alors, soit qu'elle divague sur-le-champ, en invoquant des motifs invraisemblables ou ridicules, soit qu'elle parle un langage raisonnable, on recueillera dès cet instant des renseignements précieux. » Enfin, il faut se rappeler que la folie offre dans son cours des intervalles de *lucidité* complète, et que certains individus cèdent à une impulsion dont ils reconnaissent la fausseté, et à laquelle ils *ne peuvent résister*. Je me borne à ces détails ; ici il s'agit bien moins de multiplier les exemples que d'en appeler à l'expérience et à la sagacité du médecin.

2° La folie une fois reconnue, le médecin cherchera à la rattacher à une des formes que nous avons établies. Cette conduite a une certaine importance que nous ferons mieux ressortir à l'occasion du pronostic. Les caractères que j'ai assignés à chacune des formes que j'ai décrites suffisent pour classer la maladie que l'on a sous les yeux. Je rappelle seulement que certaines formes peuvent se trouver réunies ou se succéder chez le même individu.

3° Pour distinguer la folie des autres maladies avec lesquelles elle pourrait être confondue, il faut se rappeler que dans un grand nombre de cas elle existe isolée de tout symptôme physique ; que souvent, quand ceux-ci existent, ils paraissent sous la dépendance immédiate du trouble de l'intelligence, qui domine presque toujours.

(1) Leuret, *loc. cit.*
(2) *Dict. de méd.*, t. XIII. art. FOLIE.

Quand la folie s'accompagne de *paralysie* ou d'autres symptômes physiques, elle quelquefois de l'analogie avec certaines affections des centres nerveux ; ainsi on ourrait confondre la manie, avec la *méningite*, avec le *délire d'une affection fébrile iguë* ; la *démence des paralytiques*, avec le *ramollissement cérébral*. Ce n'est pas ;i le lieu d'entrer dans les détails de ce diagnostic différentiel qui appartient en ropre aux ouvrages spéciaux : disons seulement que la marche de la maladie est 'un très grand secours pour ce diagnostic, et engageons le lecteur à comparer les ymptômes qui ont été décrits dans cet article avec ceux qui sont exposés dans les rticles précédents (1).

Pronostic. Considérée d'une manière générale, la folie doit être regardée comme ıne maladie grave, les troubles qu'elle entraîne étant, dans un bon nombre de cas, u-dessus des ressources de l'art. Toutefois la gravité du pronostic est subordonıée à certaines conditions dont l'influence sur l'issue de l'affection ne paraît pas louteuse. Je vais exposer ce que les auteurs ont écrit de plus positif à cet ;gard.

L'hérédité, l'âge avancé, un accès de folie antérieur, l'ancienneté du mal, sont les circonstances qui diminuent les chances de guérison : « Les causes morales qui agissent promptement, comme la colère, la frayeur, etc., sont une circonstance avorable ; celles qui agissent lentement, telles que les chagrins, les scrupules religieux, etc., laissent moins de chances de succès (Esquirol). » La folie causée ou entretenue par des hallucinations est très difficile à guérir. La manie guérit plus souvent que la monomanie ; la démence est pour l'ordinaire incurable ; la folie avec paralysie a paru jusqu'à présent au-dessus des ressources de l'art. Selon Esquirol, la folie offre plus de guérisons au printemps et à l'automne ; celle qui est compliquée d'épilepsie ne guérit pas.

Faut-il ajouter que la nature du traitement a une influence marquée sur l'issue de la maladie ? C'est ce qu'il sera facile de comprendre après la lecture du paragraphe suivant.

La folie est une maladie dont les *récidives* sont fréquentes, mais nous ne saurions dire avec précision quelles sont les circonstances qui favorisent ou éloignent ces fâcheuses conditions.

§ VII. — Traitement.

L'importante division que nous avons établie au commencement de cet article, et qui nous a permis d'exposer avec quelque clarté l'histoire si obscure de la folie, va recevoir ici son application la plus heureuse et la plus féconde. La folie, nous l'avons dit, peut ne consister que dans le trouble de la raison ou s'accompagner de symptômes physiques. Je diviserai le traitement en *traitement moral* et en *traitement physique*, et après avoir exposé l'emploi des divers moyens, je tâcherai de donner les indications de leur administration dans telle ou telle forme de la folie.

1° *Traitement moral.* Indiqué par Daquin, Pinel et Esquirol, qui ne l'avaient employé qu'avec une réserve timide, quoique avec succès, le traitement moral a été pour la première fois érigé en méthode et formulé par Leuret, qui, dans un

(1) Voy. *Méningite*, *Ramollissement*, *Abcès du cerveau*, etc.

ouvrage plein d'intérêt (1), l'a exposé avec de nombreux développements. C'est à cet ouvrage que nous allons emprunter les détails suivants.

Le traitement moral de la folie se compose des moyens qui s'adressent à l'intelligence et aux passions des aliénés. Ces moyens, comme on le pense, sont extrêmement nombreux ; ils varient en quelque sorte comme le malade qui en est l'objet, le lieu où l'on se trouve, etc., etc. Voici, du reste, les principaux parmi ceux qui ont réussi entre les mains de Leuret :

L'exercice de la mémoire, la lecture, le dialogue, le récit de pièces empruntées à des sujets intéressants : à quelques comédies, par exemple ; pour ces dernières, Leuret préfère les pièces gaies ; il ne veut rien de dramatique, et repousse tout ce qui prêterait à des allusions inconvenantes. Quant aux acteurs, il ne prend pas ceux qui peuvent le mieux réciter leur rôle, mais ceux auxquels le rôle doit être le plus utile : ainsi les apathiques, les lypémaniaques, sont ceux qu'il s'efforce le plus de mettre en avant ; car son but est, on le comprend bien, non pas de faire jouer la comédie, mais de guérir les malades. Il en est de même pour le chant, la musique, la danse, le dessin, la gymnastique, les évolutions militaires, le travail à la terre, les exercices corporels, etc., etc. Le temps consacré à l'étude, celui pendant lequel on récite ce qu'on a appris, on travaille pour remplir une tâche, est enlevé à la maladie. On contracte peu à peu l'habitude de se délivrer des préoccupations maladives auxquelles on est en proie, et ces préoccupations, si le médecin est assez longtemps maître de son malade, finissent par se dissiper.

Quelquefois Leuret provoque des idées tristes ; dans ces cas, c'est pour prévenir des idées plus tristes encore, pour faire rechercher le plaisir et en donner. D'autres fois il s'attache à rendre pénibles les idées déraisonnables, afin que le malade fasse effort pour les repousser ; alors il a toujours le soin d'en suggérer d'autres conformes au bon sens, et auxquelles il tâche de donner l'attrait du plaisir.

La *douche* et les *affusions froides*, que l'on retrouve dans le traitement physique, ont été employées par Leuret comme moyens propres à agir sur le moral. Leuret en a constaté l'innocuité, et l'on a eu grand tort de lui reprocher d'y avoir recours. Assurément si l'on y recourait inconsidérément, on serait blâmable : mais lorsqu'on ne le fait que par nécessité, et surtout si, comme on le voit dans les belles observations de Leuret, on en retire les plus grands avantages, ce serait une grande faute de se priver d'un moyen aussi utile, parce qu'il peut causer au malade quelque contrariété. Tous les jours, en médecine, nous avons recours à des moyens beaucoup plus effrayants, sans qu'on puisse y trouver à redire. Et que deviendrait la chirurgie tout entière, si l'on se laissait guider par les principes timorés qui ont dicté ces objections? Au reste, Leuret administre la douche et les affusions le moins possible, mais il en fait souvent peur, et cette peur suffit fréquemment pour guérir les malades.

A la douche et aux affusions Leuret joint les *exhortations* et les *raisonnements*, lorsque les malades sont dans un état tel qu'ils puissent les comprendre et en profiter.

Il conseille en outre d'éveiller chez le malade une passion, un sentiment qui vienne à votre secours, et d'entretenir cette passion, ce sentiment, jusqu'à ce qu'ils

(1) *Traitement moral de la folie*. Paris, 1840.

ient vaincu : ainsi il emploie concurremment la crainte de la douche, des affusions, les bains répétés, la peur du ridicule, un soupçon injuste, etc. Dans un cas de olie ambitieuse, par exemple, Leuret part de ce principe : « Croire, dit-il, que 'on est grand seigneur, bien qu'on ne le soit pas, c'est une maladie; le remède à ette maladie, c'est la douche et l'eau froide ; tant que la maladie durera, nous mploierons le remède ; dès qu'elle sera passée, nous cesserons. Le malade, qui se oit dans l'alternative ou d'être grand seigneur et de souffrir, ou de cesser d'être rand seigneur et de ne plus être soumis à aucune contrariété, ne tarde pas à isser là ses dignités et ses titres. »

Souvent Leuret *tend des piéges* aux aliénés qui, après la douche ou tout utre moyen destiné à provoquer une rétractation, paraissent raisonnables : il reient à eux, ayant l'air de se repentir des observations qu'il leur a faites, de la peine u'il leur a causée, et s'ils s'y laissent prendre, il leur montre en quoi ils ont failli, our qu'ils soient en garde constamment contre eux-mêmes. Comme, dans cette spèce de lutte, son objet n'est pas de punir, mais de guérir, il est bien entendu u'il a soin de proportionner les ruses au degré d'intelligence des malades. Queluefois sa question dicte pour ainsi dire une réponse raisonnable ; d'autres fois, au ontraire, il faut être, pour ne pas s'y laisser prendre, complétement affermi dans a raison.

Leuret *proscrit l'isolement absolu;* les idées et les passions sont aussi néessaires à l'intelligence que les aliments à l'estomac. L'isolement amène la perte e la mémoire et de l'imagination. L'aliéné doit être rendu le plus possible aux haitudes ordinaires de la vie ; les *repas pris en commun* atteignent ce but. A cet effet, euret fit le premier, à l'hospice de Bicêtre, l'établissement d'un réfectoire; cet xemple fut suivi plus tard à la Salpêtrière et dans d'autres maisons d'aliénés. C'est n moyen de faire manger proprement les malades, d'encourager à manger ceux ui, par mauvais vouloir ou par oubli, pourraient en être privés ; enfin c'est une essource de plus pour établir entre eux des rapports de société et les distraire.

Un tort grave, selon Leuret, est de condescendre aux idées des malades. On oit rendre service à un aliéné en lui donnant la qualité qu'il s'attribue ; c'est uvent ce qu'on peut faire de plus mal, car c'est doubler la maladie que de flatter dée délirante d'un homme qui n'a pas d'autre phénomène de folie.

Enfin Leuret recommande d'une manière générale d'employer avec les pernnes délicates, les natures sensibles, les plus grands ménagements ; avec les mmes incultes, apathiques, engourdis, une volonté opiniâtre et de la vigueur.

Le médecin doit avoir pour but de se rendre maître de ses malades; mais il atteindra jamais ce but s'il ne multiplie presque à l'infini ses moyens d'action ; un mot il cherchera dans l'esprit de ceux qu'il veut guérir un levier qui, mis mouvement, redonne à l'entendement l'énergie et la rectitude qu'il a perdues.

Tels sont les principes du traitement moral; mais ce qu'il n'est pas possible de rmuler, et ce que le médecin qui s'occupe du traitement des aliénés doit étuer avec grand soin sur les malades, c'est la combinaison habile de ces divers oyens. Chaque aliéné demande quelque soin particulier. Il faut chercher dans n caractère, dans son éducation, dans ses antécédents, un point accessible qui rve de point de départ à tout le traitement. C'est surtout dans la lecture des servations publiées par Leuret qu'on trouvera des exemples utiles. Tous ceux

qui les liront sans prévention seront frappés de la puissance de ce traitement, lorsqu'il est dirigé par un esprit habile et ingénieux. C'est avec admiration, je le dis avec une conviction entière, qu'on voit des malades qui semblaient voués à une aberration mentale complète pour le reste de leurs jours, perdre peu à peu, et pour ainsi dire une à une leurs idées délirantes, et pouvoir enfin reprendre leur place dans la société.

Bien plus, le traitement moral étant une éducation nouvelle, bien dirigée, on voit, ainsi que Leuret en a cité des exemples, des sujets mal élevés, et dont la mauvaise éducation a été la cause première de la folie, devenir, après le traitement, beaucoup moins imparfaits qu'avant leur maladie. C'est là un des plus beaux résultats du traitement moral, dont, je le répète, on trouve les germes dans les écrits d'Esquirol et de Pinel, mais qui, au degré que lui a fait atteindre Leuret, sera considéré par tous les esprits justes et non prévenus comme une des plus belles conquêtes thérapeutiques de notre époque.

2° *Traitement physique*. Quels médicaments n'a-t-on pas employés contre la folie? Les énumérer tous serait impossible, et il n'y aurait aucune utilité pour le praticien. Je me contenterai d'indiquer les principaux, ceux auxquels les auteurs ont eu le plus fréquemment recours, et dont ils ont le plus vanté l'efficacité; mais je crois auparavant devoir faire remarquer que conseiller, comme on l'a fait très souvent, tel ou tel médicament, dans la folie considérée d'une manière générale, est fort peu utile, puisque les cas de cette affection sont si différents. Aussi l'indication suivante sera-t-elle très rapide. Je dirai plus loin ce qu'il faut penser de la valeur des divers médicaments dont il va être question, à l'occasion des indications qui président à leur emploi.

Les *émissions sanguines*, tour à tour proscrites et vantées, ont trouvé dans Pinel leur plus puissant adversaire; déjà Daquin s'était élevé contre l'abus qu'on en faisait. Esquirol en fit un usage plus judicieux; Haslam et Rusch (1) en recommandèrent vivement l'emploi, et ce dernier voulait qu'elles fussent plus abondantes que dans toute autre affection aiguë. On a eu recours, pour tirer du sang, aux *sangsues* appliquées aux tempes, derrière les oreilles, au cou, à l'anus, etc.; à la *saignée du bras*, du pied, du cou, de l'artère temporale; aux *ventouses scarifiées* à la nuque, derrière les épaules, etc., etc. Georget donne généralement la préférence aux saignées locales; il en est de même de Broussais (2). C'est surtout quand il s'agit des émissions sanguines que l'appréciation des cas auxquels on les applique est importante, et c'est ce qui explique l'incertitude dans laquelle nous ont laissé, à leur sujet, ceux qui ont envisagé leur emploi d'une manière générale.

De tout temps les *purgatifs* ont été conseillés dans la folie; on connaît la réputation dont a joui l'*ellébore* chez les anciens. « Les purgatifs, dit Esquirol, causent souvent de l'irritation; ils suspendent l'activité de la peau : pour prévenir ces accidents ou leurs effets consécutifs, il faut les alterner avec des bains tièdes. » Parmi les substances le plus commodément employées se trouve l'extrait de *gratiole* officinale: Jos. Frank l'administrait à la dose de 1 gramme et demi à 4 grammes dans les vingt-quatre heures; on donne aussi la *gomme-gutte*, l'*aloès*. M. Chrestien, de

(1) *On the diseases of the human mind*. New-York, 1812.
(2) *De l'irritation et de la folie*. Paris, 1839, 2 vol. in-8.

Montpellier) regarde la *coloquinte*, administrée en frictions sur le ventre, presque comme un spécifique. On emploie également le *calomel*, les *sels neutres*, l'*huile de croton tiglium*, etc., etc. Il serait inutile d'insister davantage sur cette médication facile à diriger.

Les *vomitifs*, vantés par Cox, rejetés par Haslam, sont regardés comme nuisibles par Daquin. Cox (1) a fait prendre jusqu'à douze grains (0,60 gram.) d'émétique par jour, à doses fractionnées. Quelques auteurs ne prescrivent l'émétique qu'à dose nauséeuse, et conseillent de le mêler aux aliments. J. Frank s'oppose vivement à cette pratique.

Parmi les *narcotiques*, l'opium, vanté par Cullen et Daquin, est rejeté par Cox. Esquirol le proscrit presque complétement. La *jusquiame* a été préconisée par Fothergill (2) ; Greding a mis en doute son efficacité. Le *datura stramonium* a été administré par Stork, Bell, Gunther. M. le docteur Moreau (3) a prescrit cette substance à assez haute dose (35 à 40 centigrammes en commençant par 2 centigrammes et augmentant graduellement), aux sujets affectés d'*hallucinations*. Dans quelques cas, il a triomphé par ce moyen de ce symptôme fâcheux. La *belladone* a été donnée avec succès par Greding et J. Frank à la dose de 5 à 15 centigrammes d'extrait, deux ou trois fois par jour. Il faut le répéter, ces indications générales n'ont qu'une utilité médiocre.

Dans les *antispasmodiques*, nous trouvons le *musc* vanté par Gmelin, le *camphre* conseillé par Etmuller, Jennert, Werlof. Locher l'administrait sous la forme suivante :

℞ Camphre...............	2 gram.	Gomme arabique........	8 gram.
Sucre..................	8 gram.		

Mêlez et ajoutez :

Vinaigre chaud.........	15 gram.	Sirop de fleurs de coquelicot	30 gram.
Eau de fleurs de sureau..	180 gram.		

Il faut donner cette mixture jusqu'à ce qu'il se manifeste un léger mouvement fébrile.

A ces médicaments il faut ajouter la *digitale* louée par Cox, Perfect, Currie (4), Sanders (5) ; le *quinquina*, administré tantôt comme tonique, tantôt comme antipériodique ; le *fer* ; le *mercure*, donné comme spécifique, dans des cas où l'on a cru pouvoir attribuer la production de la folie à des affections syphilitiques antécédentes. L'*iodure de potassium* peut être mis en usage dans des circonstances analogues.

Parmi les *révulsifs*, on a eu recours aux *vésicatoires*, au *séton*, aux *cautères* à la nuque, aux bras, aux épaules ; au *moxa*, au *fer rouge* à la nuque, aux frictions avec la *pommade stibiée* sur le cuir chevelu. Le *galvanisme* et l'*électricité* comptent quelques partisans.

Enfin l'*eau* a été administrée de toutes les manières : Avvenbrugger, Hufeland,

(1) *Practical observ. of the insanity.*
(2) *Mem. of the Soc. of London.*
(3) *Gazette des hôpitaux*, octobre 1842.
(4) *Mem. of the Soc. of London.*
(5) *Essai sur la digitale pourprée*, trad. de l'anglais. Paris, 1812. — Bayle, *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1835, t. III, p. 1 et suiv.

conseillent l'*eau froide à l'intérieur*, bue à la dose d'un verre toutes les heures : Theden fut guéri d'une lypémanie suicide en buvant jusqu'à 25 ou 30 litres d'eau dans les vingt-quatre heures. On a recommandé les *lavements d'eau simple*, la *glace* sur la tête, les *bains tièdes*, *froids*, les *bains de surprise*, d'*affusions*, les *douches*, les *bains de pieds*, etc. Je me borne à cette énumération, parce que, pour pouvoir apprécier l'action de ces divers moyens, il faudrait avoir une analyse d'un très grand nombre de faits, avec la distinction des différents cas, ce que nous ne possédons pas. Plus loin, en parlant des indications, je ferai connaître les renseignements particuliers qui nous ont été fournis sur quelques points.

3° *Indications à suivre dans le traitement de la folie.* Tels sont les deux ordres de moyens dont se compose la thérapeutique de la folie ; l'un et l'autre comptent des succès. Mais comment reconnaître les cas qui exigent l'emploi des agents physiques ou des agents moraux ? Dans un mémoire récent (1), Leuret a parfaitement traité cette question ; il a montré de la manière la plus judicieuse comment désormais il faut entendre le traitement de l'aliénation mentale : « Plusieurs médecins, dit Leuret, se sont sérieusement demandé si l'un de ces genres de traitement mériterait la préférence sur l'autre. Que répondre à cette question ? Une seule chose : c'est qu'on ne peut pas y répondre. En effet, demanderait-on, si, dans les affections de poitrine, les antiphlogistiques doivent être préférés aux dérivatifs ?... Ce qu'il importe avant tout, dans le traitement des maladies, c'est la connaissance des indications à remplir, et, pour acquérir cette connaissance, il faut, s'il s'agit de folie, distinguer les symptômes qui tombent sous les sens, de ceux qui sont accessibles seulement à la pensée, et se faire raconter quels ont paru d'abord, quels ont suivi, afin, s'il se peut, d'en établir la filiation. »

Pour démontrer l'importance de ces préceptes, et faire voir comment des maladies, en apparence analogues, ont dû cependant être traitées par des moyens différents, Leuret cite deux exemples remarquables. Je transcris ce passage, qui me dispensera de tout commentaire : « Dans les deux cas, il s'agit de mères de famille portées au suicide ; toutes deux avaient des idées fausses, des conceptions délirantes, un profond désespoir. Des symptômes physiques existaient chez chacune d'elles, mais le point de départ en était différent : dans un cas, ils avaient précédé et occasionné le dérangement de la raison ; dans l'autre, une disposition vicieuse de l'esprit, un très grand abandon de la volonté, une condescendance habituelle à des caprices multipliés, avaient occasionné l'aliénation mentale, et les symptômes physiques n'étaient que la conséquence de cette altération. Le traitement curatif a consisté, chez la première malade, dans l'emploi des moyens physiques ; chez la seconde, les moyens moraux ont été les véritables agents de la guérison. »

Je dirai donc, avec Leuret, que, dans certains cas d'aliénation mentale, il faut un traitement physique ; que, dans d'autres, il faut un traitement moral ; qu'il en est enfin qui demandent un traitement mixte : des exemples concluants sont donnés à l'appui de ces conclusions dans le mémoire que je viens de citer.

Quant à l'emploi des *moyens moraux*, dont l'usage est aujourd'hui généralisé, je laisserai parler Leuret : « Ne demandez pas, dit-il, à celui qui fait la méde-

(1) *Des indications à suivre dans le traitement moral de la folie.* Paris, 1846.

cine mentale, autre chose que ce qu'il peut donner. Voulez-vous qu'il prescrive à ses malades la joie, l'amour, la frayeur, l'espérance, comme il prescrirait un bain, une saignée, une dose de rhubarbe ? Il n'y a pas de préceptes, il ne peut pas y en avoir ; il y a seulement des indications, et ces indications varient à l'infini, car elles dépendent de la nature d'esprit du malade, de son caractère, de l'éducation qu'il a reçue, de son âge, de son sexe, de la forme, des causes et de la durée de son délire, de sa position sociale ; elles dépendent encore de ses relations habituelles, de ce qu'il a fait, vu, entendu autrefois, hier, à l'instant ; toutes choses sans nombre, et dont les combinaisons varient à l'infini ; elles dépendent aussi, et tout autant, du médecin, de son caractère, de son activité, de ses ressources, enfin de ce qui, dans l'esprit d'un homme, peut agir sur l'esprit d'un autre homme. »

Pour terminer ce qui est relatif au traitement de la folie, je signalerai quelques conseils des auteurs qui ont cru trouver soit dans certaines formes du délire, soit dans un certain ordre de symptômes, des indications pour l'emploi des *moyens physiques*. Ainsi Georget recommande la saignée *dans presque tous les cas de surexcitation et de congestion cérébrale*, et, dans ces cas, la déplétion sanguine doit être combinée avec des applications réfrigérantes sur la tête et l'action d'agents révulsifs. Haslam, Esquirol la réservent pour les cas de *pléthore*. Suivant Esquirol, qui rejette les narcotiques, l'*insomnie opiniâtre* ne justifie pas l'emploi de l'opium ; le régime, l'exercice, le travail, les bains tièdes ou frais, sont dans ce cas les véritables remèdes. Les applications de glace sur la tête, le corps étant dans un bain tiède prolongé deux ou trois heures et renouvelé deux fois, trois fois même par jour, suivant l'intensité des accidents, est, pour M. Foville, le genre de traitement qu'on doit appliquer de préférence *dans la plupart des cas d'aliénation mentale récente*, quelle qu'en soit la forme, *pour peu qu'il y ait chaleur à la tête*, *rougeur des yeux*, enfin quelque signe d'excitation cérébrale.

M. le docteur Brierre de Boismont a lu à l'Académie des sciences un travail très intéressant sur l'emploi des *bains prolongés et des irrigations continues* (1) dans le traitement des formes aiguës de la folie, et en particulier de la manie. Je crois devoir donner le résumé de ce traitement utile, ainsi que l'a formulé M. Brierre de Boismont dans les conclusions suivantes :

« Les formes aiguës de la folie, et de la manie en particulier, peuvent être guéries dans un espace de temps compris entre une et deux semaines. Le traitement à employer consiste dans les bains prolongés et les irrigations continues. Le ralentissement de la circulation et de la respiration, l'introduction d'une grande quantité d'eau dans l'économie, la réfrigération générale et graduée, démontrent que ces bains ont une action essentiellement calmante et sédative ; la durée des bains doit être, en général, de dix à douze heures ; elle peut être prolongée jusqu'à quinze à dix-huit heures. Les irrigations qu'on associe aux bains doivent être continuées pendant toute leur durée ; on peut les suspendre quand le malade est tranquille. Lorsque les malades ont pris huit à dix bains sans amélioration marquée, ou qu'ils maigrissent à vue d'œil et que leurs traits s'altèrent, il faut les cesser ; on pourra plus tard les prescrire de nouveau. Les bains doivent être donnés à la température de 28 à 30 degrés centigrades, et les irrigations à celle de 15 degrés.

(1) Publié dans les *Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1847, t. XIII, p. 537 à 599.

» De toutes les formes de la folie, celle qui cède le mieux à l'action des bains prolongés et des irrigations continues est la *manie aiguë ;* viennent ensuite le *délire aigu simple*, le *délire des ivrognes*, la *manie puerpérale* et les *monomanies avec symptômes aigus ;* mais dans plusieurs de ces formes, les guérisons ne sont ni aussi rapides ni aussi constantes que dans la manie aiguë. La période de convalescence doit être surveillée avec soin, parce que les rechutes ne sont pas rares, lorsque les individus sont trop brusquement exposés à l'influence des causes qui ont occasionné la maladie. Lorsque la manie aiguë se rapproche du délire aigu à forme ataxique et avec refus de boissons, le traitement est sans efficacité. La *manie ancienne ou aiguë prolongée*, la *manie chronique avec agitation* ont été améliorées, mais n'ont point guéri par ce traitement.

« D'après les faits contenus dans ce mémoire, on peut affirmer que les guérisons des formes aiguës de la folie, et en particulier de la manie, sont plus nombreuses et plus promptes par les bains prolongés et les irrigations que celles obtenues par les autres méthodes ; car, tandis que par celles-ci la durée moyenne du traitement est d'environ six semaines, elle n'est que de huit jours par celle des bains prolongés et des irrigations. Les bains prolongés et les irrigations continues nous paraissent devoir être très utiles dans les *affections* hystériques et dans plusieurs autres maladies nerveuses avec excitation.

» Les bains prolongés sont sans inconvénient, la fatigue qu'ils peuvent occasionner se dissipant avec rapidité ; ils ne privent l'organisme d'aucun principe important, et ils ne laissent point après eux ces débilitations profondes si souvent observées après les saignées abondantes, et dont la démence a été plus d'une fois la terminaison fatale. L'emploi des bains prolongés n'est pas nouveau dans la science ; mais jusqu'à présent, cette méthode, d'une application facile et qui peut être essayée partout, n'avait point été formulée de cette manière. Leur union avec les irrigations continues constitue d'ailleurs un progrès nouveau. »

Les *hallucinations* ont été depuis longtemps regardées comme très rebelles aux moyens thérapeutiques. Dans ces derniers temps, M. Moreau a publié, comme je l'ai dit plus haut, quelques observations de guérison d'hallucinations par le *datura stramonium* pris à l'intérieur. Leuret (1) a rapporté des cas de guérison chez des hallucinés à l'aide du *traitement moral*, et, dans son travail sur la folie causée par l'abus des spiritueux, M. Marcel a constaté l'efficacité des agents moraux dans cette affection, dont les principaux symptômes sont des aberrations sensoriales.

La *paralysie des aliénés* est à peu près incurable. On a cité une ou deux guérisons sur cent cas, mais sans qu'on puisse être bien certain que les cas de ce genre n'eussent pas quelque chose de particulier, et aussi sans qu'on puisse en tirer des inductions véritablement utiles pour le traitement. Ce traitement n'est donc presque toujours, et peut-être même toujours, que palliatif. Il consiste dans le repos, le séjour à la campagne, les bains, les purgatifs, les révulsifs, les affusions froides. Dans un cas, M. le docteur Lisle a obtenu un succès complet en employant la *cautérisation transcurrente* le long de la colonne vertébrale.

On prescrit généralement la *saignée* et les *sangsues ;* mais il faut bien prendre garde d'abuser de ces moyens, ce qu'on ne fait que trop, parce que les praticiens

(1) *Traitement moral.*

ne s'attachent pas assez à reconnaître les premiers signes, souvent très légers, de cette grave affection. Si l'on abuse des émissions sanguines, on jette les malades dans un état de débilité excessive qui hâte la terminaison funeste. Le docteur Lisle, dans un mémoire très intéressant (1), a parfaitement démontré cette vérité. Le mieux est, lorsque la maladie est bien constatée, de se borner aux soins hygiéniques et à la *cautérisation transcurrente*, et de n'en venir à une autre thérapeutique que pour combattre les accidents intercurrents.

M. le docteur Todd Thomson (2) a rapporté un cas de guérison obtenu en vingt-deux jours après une *inflammation intense de la bouche et du pharynx due sans doute au mercure* que le malade avait pris.

Il arrive assez fréquemment que, dans diverses formes de la folie, les malades refusent de manger. C'est une *indication particulière* qu'il ne faut pas négliger. Il faut les nourrir avec la sonde œsophagienne, et, à ce sujet, je rappellerai la sonde imaginée par Leuret, et qu'on peut laisser en place sans inconvénients. Mais je ne peux la décrire en détail ici, et je renvoie les lecteurs à une note de l'auteur (3), où ils trouveront cette description. Dans ces derniers temps, M. Baillarger en a imaginé une très ingénieuse.

M. Desterne (4) a rapporté deux cas de *folie causée par l'abus des boissons alcooliques*, et qui viennent à l'appui des opinions émises dans le mémoire de M. Marcel. Cet auteur rappelle que sur huit cas traités par John Warre à l'aide de l'opium à haute dose, quatre se terminèrent par la mort, et que sur sept qui furent traités par des doses moindres, deux succombèrent. Ces faits prouvent combien il faut être prudent dans l'emploi de ce médicament, surtout dans une maladie qui guérit avec facilité à l'aide du simple traitement tempérant.

Dans plusieurs cas, cités par M. Lisle, et dans lesquels la folie était causée par des *pertes séminales involontaires*, le traitement de cette affection (5) et principalement la *cautérisation de la prostate*, a été suivi d'une guérison prompte et solide.

ARTICLE XVIII.

IDIOTIE.

Si j'ai cru devoir, dans un ouvrage de la nature de celui-ci, ne pas m'étendre beaucoup sur l'histoire de la folie, à plus forte raison dois-je glisser rapidement sur l'idiotie, altération le plus souvent congénitale des facultés intellectuelles, extrêmement facile à reconnaître, et pour le traitement purement palliatif de laquelle le praticien n'est pas ordinairement consulté. C'est donc une simple indication des principaux points de son histoire que je me propose de donner.

L'idiotie est le défaut ou l'arrêt plus ou moins complet des facultés intellectuelles, et par suite des instincts. On voit que, contrairement à l'opinion de plusieurs auteurs très recommandables, j'admets une idiotie acquise. Il me paraît, en effet, démontré que, dans un certain nombre de cas, des enfants sont devenus idiots à la suite de maladies cérébrales ou autres. On demande quelle différence il y a entre

(1) *Union médicale*, 13 avril 1847.
(2) *London medical Gazette*, août 1848.
(3) *Archives de médecine*, 4[e] série, 1845, t. IX, p. 220.
(4) *Union médicale*, 13 novembre 1847.
(5) Voy. art. *Pertes sém. involont.*

cette idiotie acquise et la démence. Elle n'est pas grande assurément ; mais je crois qu'on peut répondre que chez les idiots par maladie ou par accident, l'intelligence reste incomplète, les facultés que les progrès de l'âge perfectionnent restent à l'état rudimentaire, tandis que, dans la démence, ces facultés, antérieurement parvenues à leur entier développement, s'affaiblissent à un plus ou moins grand degré, de manière à laisser des traces de leur existence passée jusqu'au moment où la démence est arrivée à son dernier terme, auquel cas les sujets ressemblent aux idiots de naissance dont les facultés ne se sont pas du tout développées. Toujours est-il que lorsque, chez un enfant, il survient un accident ou une maladie qui arrête le développement de l'intelligence, il en résulte un état absolument semblable à celui qui caractérise l'idiotie congénitale; c'est au point que, le plus souvent, il est impossible à l'homme le plus habile d'indiquer, sur deux individus qu'on lui présente, quel est celui qui est idiot de naissance et celui qui l'est devenu dans son enfance. Or, dans l'histoire des autres maladies, nous n'avons pas hésité à réunir sous une seule dénomination les affections identiques dans leurs symptômes, quelle que fût leur origine; pourquoi agirions-nous différemment à l'égard de l'idiotie?

Cette maladie, à laquelle on a donné les noms de *stupidité*, *imbécillité*, *idiotisme*, etc., offre une variété décrite sous la dénomination de *crétinisme* (1).

Je n'insisterai pas sur les *causes* de l'idiotie. Il est certain que cette affection est ordinairement *congénitale*. Les enfants peuvent en avoir le germe au moment même de la conception (idiotie héréditaire, crétinisme), ou bien quelque accident survenant, soit chez la mère, soit chez l'enfant, pendant la grossesse ou pendant l'accouchement, le développement des facultés intellectuelles se trouve empêché.

M. Moreau (de Tours) (2) a trouvé chez les parents de 56 idiots, 132 cas pathologiques auxquels on peut faire remonter l'influence héréditaire; ce sont par ordre de fréquence : 1° la folie à forme lypémanique ; 2° l'ivrognerie ; 3° l'épilepsie ; 4° l'hystérie ; etc.

Les causes de l'idiotie acquise se trouvent presque toujours dans une affection encéphalique.

Symptômes. Il y a de très grandes différences dans les différents cas d'idiotie. Les sujets jouissent-ils encore des facultés intellectuelles et affectives, mais seulement à un degré plus faible que le commun des hommes, c'est l'*imbécillité* dont Esquirol nous a donné une bonne description. Lorsque ces facultés étant toutes très affaiblies, il en est quelques unes qui manquent complétement, c'est le *premier degré de l'idiotie proprement dite*. Lorsqu'il ne reste que les instincts, et que ceux-ci même sont plus ou moins obtus ou détruits, c'est le *dernier degré de l'idiotie* dans lequel l'homme est presque réduit à l'état d'automate, et devient inférieur aux animaux. Enfin, il est des individus habitant certaines vallées (vallées des Pyrénées, etc.) qui offrent l'affaiblissement de l'intelligence dont il s'agit, et de plus le développement de la glande thyroïde, diverses déformations corporelles, etc. ; c'est cette espèce d'idiotie *endémique* qui a reçu le nom de *crétinisme*.

Est-il nécessaire de décrire l'état plus ou moins misérable dans lequel se trou-

(1) Ferrus, *Mémoire sur le Goître et le Crétinisme* (*Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1851, t. XVI, p. 200).

(2) *Bull. de l'Acad. de médecine*, Paris, 1852, t. XVIII, p. 173.

vent les diverses catégories d'idiots que je viens d'indiquer? Je ne le pense pas. Il faut, si l'on veut avoir une idée complète de cette maladie, recourir aux traités spéciaux, ce qui n'est nécessaire que pour les médecins qui s'occupent exclusivement des maladies mentales. Pour le praticien, il suffit de savoir qu'à l'affaiblissement ou à l'anéantissement de l'intelligence, dont les conséquences sont faciles à comprendre, se joignent divers tics nerveux et d'autres névroses indiquées plus haut (contractures, etc.).

Je me contenterai d'indiquer les recherches intéressantes d'Esquirol, de Leuret, de MM. Foville, Cerise, Marchand, sur la conformation de la tête des idiots, et les diverses *lésions* que présentent les malades.

Traitement. L'idiotie, à quelque degré qu'elle existe, doit être considérée comme incurable, en ce sens qu'on ne parvient pas à mettre les sujets, sous le rapport intellectuel, au niveau des hommes ordinaires; mais on peut améliorer notablement leur état lorsqu'il reste chez eux une lueur d'intelligence : c'est ce qu'ont prouvé les faits cités par Itard (1), et ceux que nous a fait connaître récemment M. Séguin (2). On doit donc bien se garder d'abandonner les idiots à leur triste sort, comme on le faisait autrefois : il faut d'abord, par l'hygiène, chercher à raffermir la constitution et à donner un plus grand degré de développement à l'organisme; puis, par l'éducation morale, réprimer les mauvaises habitudes, développer les facultés affaiblies, et diriger les instincts de manière que les malades ne paraissent pas trop étrangers à tout ce qui les entoure. On trouvera, sous ce rapport, d'excellentes indications dans l'ouvrage de M. Séguin que je viens de citer.

ARTICLE XIX.

SATYRIASIS.

Le satyriasis est encore une affection sur laquelle je n'ai pas à m'étendre.

C'est une maladie fort rare dans tous les pays, et surtout dans nos régions. Elle consiste dans une érection continuelle du pénis, avec désir immodéré et presque insatiable de consommer l'acte vénérien.

Aujourd'hui tout le monde convient que, pour que le désir immodéré du coït mérite de trouver place dans le cadre nosologique, il faut qu'il y ait un dérangement des facultés intellectuelles, un état semblable à celui qui constitue la nymphomanie; car l'extrême tendance au coït qu'on remarque chez certains individus, raisonnables d'ailleurs, ne peut pas être considérée comme une maladie.

Les *causes* sont une *continence excessive*, la *lecture de certains ouvrages qui exaltent l'imagination*, et aussi certaines *affections cérébrales*. On a voulu trouver la lésion essentielle de cette maladie dans le cervelet, qui dans le système phrénologique, préside aux fonctions génitales; mais on n'a pas fourni de preuves valables à l'appui de cette opinion. Nous avons vu plus haut les effets des *cantharides ;* quand elles occasionnent le satyriasis, il y a délire (3).

L'*érection continuelle du pénis*, l'*éjaculation fréquente*, le *délire*, et divers autres *troubles des facultés intellectuelles*, tels sont les symptômes du satyriasis.

(1) *Traité des maladies de l'oreille*. Paris, 1842, t. II. p. 433 et suiv.
(2) *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*, etc. Paris, 1846.
(3) Voy. art. *Cystite*.

On a cité des cas dans lesquels l'éjaculation avait eu lieu un nombre extrêmement considérable de fois (1), et s'était même reproduite très peu de temps avant la mort.

Le satyriasis se distingue du *priapisme* en ce que celui-ci consiste dans l'érection permanente du pénis, sans désir insatiable d'accomplir l'acte vénérien. Le satyriasis est une maladie grave, non par suite de l'état des organes génitaux, mais parce qu'il est le plus souvent l'expression d'une affection redoutable.

Traitement. Lorsqu'il existe une cause évidente de la maladie, c'est à combattre cette cause qu'il faut s'attacher. Les principaux moyens dirigés contre l'affection sont les antiphlogistiques, les émollients, les réfrigérants, en un mot tout ce qui peut calmer la surexcitation des organes génitaux, et surtout arrêter les progrès des lésions des centres nerveux, lorsqu'il en existe. A l'article consacré aux *empoisonnements*, j'exposerai le traitement opposé à l'empoisonnement par les cantharides, dont j'ai déjà dit un mot à propos de la cystite que produit cette substance.

Inhalations de chloroforme. Un moyen qui s'est montré très efficace entre les mains de M. le docteur Dumont de Monteux (2) consiste dans les *inhalations de chloroforme.* Dans un cas rapporté par ce médecin, elles ont fait très rapidement cesser un satyriasis inquiétant. On ne saurait donc trop les recommander.

Je ne rappellerai pas les raisons qui m'engagent à glisser aussi rapidement sur cette maladie, elles seront facilement comprises.

ARTICLE XX.

PRIAPISME.

Pour les mêmes motifs, cet article sera très court. Le priapisme est l'érection permanente et douloureuse du pénis, sans désir d'exercer l'acte vénérien. C'est une affection rare.

Les *causes* sont locales et tous les auteurs reconnaissent que cette maladie n'est pas le résultat d'une affection cérébrale comme le satyriasis, mais une névrose des organes génitaux, causée presque toujours par l'irritation d'un organe voisin ou des parties constituantes du pénis.

Cette irritation est produite dans la vessie par une cystite, par la présence d'un calcul; dans le rectum, par les oxyures ou par une inflammation quelconque; dans le canal de l'urètre, par la gonorrhée ou un rétrécissement; dans le prépuce, par la balanite, l'accumulation de la matière sébacée. Quelquefois cependant le priapisme a lieu en l'absence de ces causes, et alors on l'a attribué à la continence ou au contraire à l'onanisme, aux excès vénériens, aux écarts de régime, à l'abus des alcooliques.

L'érection du pénis, telle que je l'ai indiquée, est le seul symptôme du priapisme.

Cette affection est beaucoup moins redoutable que le satyriasis, parce que ses causes sont plus faciles à combattre.

C'est dans la connaissance de ces causes qu'on trouve les indications du *traitement*, et par conséquent les avoir signalées, c'est avoir indiqué au praticien la conduite qu'il doit tenir. Aussi me contenterai-je d'ajouter que les antiphlogistiques,

(1) Voy. *Cystite produite par les cantharides.*
(2) *Union médicale*, 1850.

la saignée surtout dans les cas de pléthore, les émollients, les réfrigérants, les calmants et les antispasmodiques sont les moyens qui conviennent dans les cas rares où une cause locale ne peut être découverte. Dans les autres, rien de plus facile que le traitement.

Le docteur Debout (1), ayant employé avec succès la *lupuline* pour empêcher les érections chez des malades affectés de blennorhagie, pense que ce médicament pourrait être également employé dans le satyriasis. C'est une médication qu'on peut essayer.

Dans un cas où il n'existait aucune cause appréciable, M. Velpeau (2) ne parvint à faire cesser cet état morbide *qu'en traversant les corps caverneux avec un petit trocart explorateur ;* la ponction fut faite transversalement de droite à gauche à 3 centimètres environ de la base du gland, elle fut très douloureuse, mais promptement suivie de la disparition des accidents.

ARTICLE XXI.

NYMPHOMANIE.

Tous les auteurs s'accordent à dire que la nymphomanie, qui a pour signe principal une tendance immodérée au coït de la part de la femme, et qui, sous ce rapport, peut être comparée au satyriasis, n'est que la conséquence d'une lésion de l'intelligence. A ce titre elle doit plutôt trouver place dans la description de la folie qu'obtenir une description à part. Aussi ne fait-on guère aujourd'hui que la mentionner dans les traités de thérapeutique. On conçoit bien que je ne dois pas entrer dans de plus grands détails que les autres auteurs.

Cette affection, qu'on a aussi nommée *fureur utérine*, n'est pas fréquente.

Elle peut être considérée comme un simple symptôme de folie ; mais on a cité des cas (3) dans lesquels des lésions physiques des organes génitaux ont été sa *cause déterminante.*

Un désir immodéré du coït étant le caractère principal de la nymphomanie, on conçoit facilement ce qui en résulte. La femme perd toute pudeur, provoque indifféremment tous les hommes, use quelquefois de violence envers eux, et peut même s'adresser aux animaux (Manget). Elle se livre publiquement à la masturbation, et cela principalement dans le but d'exciter les désirs des hommes qui sont en sa présence. En même temps elle manifeste ordinairement, par d'autres symptômes (érotomanie, accès de fureur, etc.) le désordre de son intelligence.

Cette affection, considérée comme nous le faisons ici, est presque toujours incurable.

S'il existe des lésions des organes sexuels, le *traitement* peut avoir quelque efficacité en les faisant disparaître. C'est ainsi qu'on a vu des nymphomanes guéries par l'*excision du clitoris* trop développé, par la cure d'une *dartre* des parties sexuelles, par la disparition des *oxyures*, etc.

Dans les cas où une trop grande continence est la cause de cette affection, le

(1) *Bull. gén. de thér.* 15 octobre 1852.
(2) *Bull. gén. de thér.* 15 octobre 1852.
(3) Voy. Esquirol, *Des maladies mentales.* Paris, t. II, p. 32.

mariage peut procurer la guérison, qu'on a vue survenir à la suite d'une grossesse ou de l'établissement des règles.

ARTICLE XXII.

ANAPHRODISIE.

L'anaphrodisie est, soit l'absence des désirs vénériens, soit l'impossibilité de l'érection du pénis. Il est rare que l'absence des désirs vénériens survienne avant un âge avancé, tandis que l'on observe à tous les âges et dans des circonstances très diverses le défaut d'érection du pénis, qui est une des causes de l'impuissance.

On a vu la maladie se déclarer à la suite d'une *continence trop prolongée* aussi bien qu'à la suite des *excès vénériens*. Les autres causes sont les *passions tristes* et certaines maladies dont j'ai déjà parlé, telles que les *pertes séminales involontaires*, le *diabète*, les *maladies de la moelle*. Il est des cas où l'anaphrodisie peut être regardée comme congénitale, et, dans ces cas, les organes génitaux sont mal conformés ou se développent très peu. Enfin les cas ne sont pas rares où une *vive émotion* au moment de l'acte vénérien empêche seule l'érection ; mais, en pareil cas, il n'y a qu'une anaphrodisie passagère.

Les moyens à opposer à cette affection dépendent des causes qui l'ont produite. S'il y a débilitation de l'économie, on donnera des *toniques* et des *excitants généraux;* en même temps on prescrira les *bains de siége froids*, les *lotions froides* sur le bassin, et puis les divers topiques excitants qui peuvent ranimer les organes génitaux. On a appliqué dans ce but l'*électricité*. Quant aux médicaments *aphrodisiaques*, les principaux sont les *cantharides* et le *phosphore ;* mais on sait combien ces remèdes sont dangereux. Il faut surtout se garder de les prescrire lorsqu'on a quelque raison de croire que l'anaphrodisie dépend des progrès de l'âge, circonstance qui pourrait être cachée ou sur laquelle les sujets pourraient se faire illusion. Enfin les affections mentionnées plus haut seront traitées suivant les principes établis dans plusieurs des articles précédents : c'est le seul moyen de remédier à l'anaphrodisie qui est la conséquence de ces maladies.

ARTICLE XXIII.

NOSTALGIE.

On donne le nom de *nostalgie* à la tristesse profonde et au dépérissement que cause l'éloignement du pays natal.

Cette affection est surtout fréquente chez les jeunes gens qui quittent pour la première fois leur famille, et en particulier chez les jeunes militaires.

La perte de la gaieté habituelle est le premier signe auquel on reconnaît cette affection. Les malades s'efforcent de la dissimuler, et pour cela ils recherchent la solitude où ils se livrent à un chagrin d'autant plus vif qu'ils ont fait plus d'efforts pour paraître gais devant les personnes étrangères.

Pendant un certain temps le mal ne consiste que dans cette tristesse ; mais, à une époque variable, il s'y joint de la *langueur*, de l'*abattement* des forces, un dérangement plus ou moins marqué des *digestions*, des *palpitations*, l'*affaiblisse-*

ment de l'intelligence, l'*amaigrissement*, en un mot, tous les signes d'un dépérissement plus ou moins rapide, et sur lequel je n'entre pas dans de grands détails parce qu'il est extrêmement facile d'en concevoir tous les symptômes.

Si les malades n'ont pas l'espoir de retourner prochainement dans leur pays, on les voit dépérir de plus en plus et succomber dans le *marasme*.

De puissantes diversions peuvent néanmoins prévenir cette terminaison funeste.

Il n'est pas rare aussi de voir les nostalgiques se donner la mort.

Dans les premiers temps la nostalgie peut être difficile à reconnaître, par suite du soin que mettent les malades à la dissimuler ; mais bientôt elle devient évidente, et un des moyens les meilleurs pour s'assurer de son existence consiste à parler aux malades de leur pays ; alors on les voit s'animer, rougir, verser des larmes, en un mot exprimer une émotion profonde, et si l'on peut leur promettre qu'ils reverront bientôt le lieu de leur naissance, l'espoir a promptement effacé toutes les traces de la maladie.

La nostalgie est assez souvent *simulée*, surtout par les jeunes militaires. On trouve en ce cas un excellent moyen de diagnostic dans les soins que les nostalgiques mettent, ainsi que nous l'avons vu plus haut, à dissimuler la cause de leur dépérissement. Ceux qui simulent la nostalgie s'empressent, au contraire, de se plaindre de leur éloignement du pays natal.

Le *traitement* de la nostalgie est nécessairement un traitement moral. Lorsqu'on peut renvoyer les malades dans leur pays, ils sont très promptement rétablis. Il en est souvent de même lorsqu'on peut leur faire croire à l'espoir d'un prochain retour ; mais il est bon alors d'avoir recours en même temps aux moyens suivants qui hâtent et assurent la guérison.

On tâche de procurer aux malades la société de personnes de leur pays ; on leur procure aussi des distractions ; on varie leurs occupations ; on leur fait faire un exercice journalier qui, sans être trop fatigant, procure un sommeil profond ; enfin on tâche d'opérer sur le malade une puissante diversion, en excitant chez lui quelque passion qui s'empare de ses pensées. Mais le plus souvent, il faut le reconnaître, tous ces moyens restent sans effet, et il n'y a réellement que le retour dans le pays natal qui produise une guérison complète.

ARTICLE XXIV.

MUTISME ACCIDENTEL.

A l'article *Aphonie* (1), j'ai dit qu'il fallait distinguer de cette affection, qui consiste dans la perte de la voix sans perte de la parole, le *mutisme accidentel*, dans lequel les malades ne peuvent plus faire entendre un seul mot. Cette dernière maladie est beaucoup plus rare que l'aphonie.

Tout en distinguant ces deux affections, les auteurs n'ont pas eu le soin de les séparer suffisamment, et il est difficile, dans leurs descriptions, de reconnaître ce qui appartient à l'une et à l'autre.

La *cause* la plus fréquente du mutisme accidentel est une émotion vive ; puis viennent les attaques d'hystérie, qui produisent bien plus souvent l'aphonie ; puis

(1) Voy. art. *Aphonie*.

nous trouvons la présence des *vers* dans le canal intestinal, signalée par Schroeter et plusieurs autres auteurs. Dans un cas rapporté par M. Richter (de Wiesbaden), l'aphonie se montra tous les jours, à la même heure, comme une fièvre intermittente ; Eggerdes (1) a rapporté l'histoire singulière d'un mutisme *épidémique* chez les militaires d'une garnison. L'affection les prenait dans les circonstances les plus variées et sans cause appréciable.

Je ne parle pas ici du mutisme causé par la destruction des nerfs récurrents et par une attaque d'apoplexie ; il n'est alors qu'un symptôme. Je passerai également sous silence le mutisme causé par les divers empoisonnements, parce que j'aurai à m'en occuper plus tard.

Lorsque le mutisme est essentiellement nerveux, il constitue le seul *symptôme* de l'affection.

Souvent cette affection dure quelques jours, puis disparaît tout à coup pour reparaître plus tard et ainsi de suite. Elle se termine par la guérison.

Rien ne serait plus facile que le *diagnostic*, s'il n'était à craindre que cette affection ne fût simulée. C'est en cherchant à surprendre les malades et en les observant à tous les instants qu'on découvre la simulation. C'en est assez sur ce diagnostic, qui intéresse les médecins chargés d'examiner les recrues, bien plus que les praticiens ordinaires.

Le *traitement* de cette maladie est peu précis, parce que nous n'en possédons que des cas rares. Dans l'épidémie citée par Eggerdes, le *tartre stibié* à dose vomitive, le *succin* et l'*ammoniaque* procurèrent la guérison.

Dans les cas où l'on a soupçonné la présence des vers dans l'intestin, on a donné les *anthelminthiques*, et l'expulsion des entozoaires a été suivie du retour de la parole.

Lorsque le mutisme est le résultat d'une attaque d'hystérie, on met en usage principalement les *antispasmodiques*.

Enfin, dans les cas où la maladie s'est produite sous forme périodique, le *sulfate de quinine* en a triomphé.

L'*électricité* appliquée à l'aide de la pile de Volta a eu un plein succès entre les mains du docteur Pellegrini (2). On employa la *pile de Volta*, le pôle zinc sur les vertèbres cervicales, et le pôle cuivre sur les côtés de la glotte. Douze séances de 200, 300, 400 secousses guérirent la maladie.

ARTICLE XXV.

HYDROPHOBIE NON RABIQUE.

L'hydrophobie simple ou non rabique a été distinguée avec raison de l'hydrophobie rabique ou rage. Non seulement, en effet, cette dernière a une cause toute spéciale qui en fait une affection à part, mais encore, ainsi qu'on va le voir, il y a quelques signes qui servent à distinguer la simple hydrophobie de la rage, bien que, dans quelques cas, le diagnostic présente de grandes difficultés. C'est pourquoi je range parmi les névroses simples l'hydrophobie non rabique, tandis que je réserve pour une autre partie de cet ouvrage la description de la rage.

(1) *Acta naturæ curiosorum*, ann. IV. dec. III.
(2) *Giorn. per servire ai progress.*, etc., et *Journ. des conn.-méd. chir.*, novembre 1843.

M. Chomel (1) reconnaît trois espèces d'hydrophobie : 1° la simple *horreur des liquides;* 2° l'*hydrophobie symptomatique;* 3° l'*hydrophobie rabiforme* ou *rage spontanée.* Cette division doit être suivie.

1° *Simple horreur des liquides.* La première espèce n'offre qu'un très faible intérêt; car, ainsi que le fait remarquer M. Chomel, elle ne réclame aucun moyen actif de traitement. Je me contenterai, par conséquent, de dire que cette horreur des liquides, qui n'a rien de grave, est parfaitement compatible avec la santé, et que la circonstance la plus remarquable dans laquelle on l'a vue se développer est la *grossesse.*

2° *Hydrophobie symptomatique.* La seconde espèce constitue un symptôme fort rare de diverses maladies. C'est surtout dans les *maladies fébriles graves* qu'elle se manifeste. Elle coïncide avec un délire violent, et l'on peut voir alors se produire d'autres symptômes de la rage, comme les convulsions, la constriction pharyngienne et le crachottement. Il s'y joint aussi quelquefois l'envie de mordre comme dans l'hydrophobie rabiforme dont je vais parler.

Ce symptôme indique toujours une très grande gravité de la maladie principale, et la mort ne tarde pas à survenir. J'ai vu, il y a quelques mois, à l'Hôtel-Dieu annexe, un homme affecté de rhumatisme articulaire être pris tout à coup, sans qu'on pût en découvrir la cause dans la violence de la maladie ou dans l'intensité du mouvement fébrile, de *délire furieux*, d'*horreur des boissons*, de *sputation*, de *constriction* pharyngienne, et succomber en quelques heures.

« Le *traitement* de l'hydrophobie symptomatique, dit M. Chomel, est généralement subordonné à celui de l'affection à laquelle elle est liée. Il offre néanmoins une indication commune, celle d'*introduire dans l'économie*, *par d'autres voies*, *les substances médicamenteuses et nutritives* qui ne peuvent plus y être portées par la déglutition. En conséquence, les liquides et quelquefois les médicaments solides eux-mêmes doivent être *administrés en lavements*, *en bains*, *en fomentations*, *en cataplasmes*, quelques uns pourraient même être *injectés dans les veines.* »

3° *Hydrophobie rabiforme.* La troisième espèce, c'est-à-dire l'*hydrophobie rabiforme* ou *rage spontanée*, est bien plus importante à étudier; elle ressemble beaucoup à l'hydrophobie rabique, et, comme je le disais plus haut, le médecin peut être appelé pour des cas embarrassants.

C'est une affection rare; elle a pour *causes* principales la *peur* soit d'avoir été mordu par un chien enragé ou un hydrophobe, soit d'avoir contracté la rage en communiquant avec un individu affecté de cette maladie. Les vétérinaires ont reconnu chez le chien une espèce de rage qui ne se communique pas. Si une personne est mordue par un chien affecté de cette maladie, la terreur peut la rendre hydrophobe. Enfin l'hydrophobie rabiforme peut être causée par une grande *frayeur* qui n'a aucun rapport avec aucune espèce de rage. J'en ai vu un exemple frappant dans le service de M. Louis à la Pitié, chez une jeune fille qui, conduisant une charrette, avait failli écraser un enfant. Tous les symptômes de la rage se manifestèrent peu de jours après cette émotion vive. Viennent ensuite des causes moins importantes : la *suppression des menstrues ou d'un autre flux;* la *morsure d'un animal furieux;* la *chaleur*, le *froid*, etc.

(1) *Dict. de méd.*, t. XV, 1837.

L'hydrophobie rabiforme a une incubation comme l'hydrophobie rabique; mais il y a cela d'important à considérer, que tantôt elle se développe beaucoup plus tôt que celle-ci (quelques heures après l'accident), et tantôt elle ne se manifeste qu'après plusieurs années et lorsqu'on ne peut plus raisonnablement attribuer la maladie au virus rabique, mais bien à l'influence de l'imagination frappée.

Le *début* est quelquefois subit; d'autres fois il est précédé de symptômes nerveux plus ou moins alarmants, tels que la tristesse, l'inquiétude, les cauchemars, les frayeurs, les pandiculations. On peut aussi ranger parmi ces *symptômes précurseurs* divers troubles de la digestion.

Symptômes. Le premier *symptôme* caractéristique est l'*horreur des liquides*, un sentiment pénible au *contact de l'air frais*, à la *vue des corps brillants;* en même temps se montrent la *constriction de la gorge*, la *sputation*, les *convulsions*, la *perte de l'appétit*, en un mot les symptômes propres à la rage et dont je renvoie la description à l'article consacré à l'*hydrophobie rabique*. Il faut ajouter que plusieurs malades manifestent des *envies de mordre*, et mordent même les personnes qui leur donnent des soins. Nous verrons plus loin quelle est la valeur de ce signe.

Dans quelques cas il n'y a qu'une simple horreur des liquides avec tristesse plus ou moins grande : c'est l'hydrophobie dans sa plus simple expression. Dans d'autres cas, les prodromes existent seuls.

L'hydrophobie rabiforme peut être de très courte *durée* (quelques heures) ou se prolonger fort longtemps (plusieurs années). Cette *durée* est importante à constater, parce qu'on n'observe pas ces deux extrêmes dans l'hydrophobie rabique.

L'hydrophobie rabiforme se *termine* souvent par la guérison. C'est là une différence entre elle et la rage, plus grande encore que celles que j'ai signalées jusqu'à présent, et l'on doit admettre, avec M. Chomel, que les cas de guérison qu'on a cités appartiennent à cette hydrophobie spontanée, car de tous ceux où il a été bien démontré que la rage avait été communiquée par un animal, il n'en est pas un seul qui ne se soit terminé par la mort.

Il n'est pas de lésion anatomique qu'on puisse attribuer à l'hydrophobie rabiforme.

La seule affection avec laquelle on puisse confondre cette hydrophobie est la *rage*. Le premier élément du *diagnostic* se trouve évidemment dans l'existence ou l'absence de la cicatrice résultant d'une morsure. S'il en existe une, c'est une présomption en faveur de la rage, mais ce n'est pas encore une certitude, car l'animal pouvait être simplement irrité, et non enragé. Il faut examiner la cicatrice, car nous verrons que, dans la rage, il arrive quelquefois que cette cicatrice présente quelques caractères importants (1). En l'absence de ces caractères, la difficulté est grande; cependant on peut arriver au diagnostic en ayant égard aux circonstances suivantes : L'hydrophobie s'est-elle déclarée au bout de quelques heures ou de peu de jours, on a des présomptions en faveur de l'hydrophobie rabiforme; ne s'est-elle déclarée qu'au bout d'un très long temps (plusieurs mois, un an, plusieurs années), on a des motifs de poser les mêmes conclusions. Le délire, la fièvre, l'envie de mordre, appartiennent à l'hydrophobie rabiforme. Enfin, si la maladie dure très

(1) Voy. t. V, *Rage*.

longtemps, on doit admettre l'existence de cette dernière affection, car la rage se termine par la mort, du troisième au cinquième jour.

En parlant de la terminaison, j'ai dit que la guérison était fréquente, mais il faut ajouter que, de leur côté, les cas de mort ne sont pas très rares, en sorte que le *pronostic* ne manque pas de gravité. La grande intensité des symptômes est le seul signe auquel on reconnaisse cette gravité.

Il n'est pas un seul fait à l'abri de toute critique qui démontre la contagion de cette maladie.

Le *traitement* doit être divisé en moral et en physique. Le *traitement moral* consiste à démontrer, si l'on peut, à l'individu mordu, que le chien est bien portant. Si on ne le peut pas, il faut mettre en usage le traitement préventif de la rage, dans le cas où le sujet n'a encore que des prodromes. Si le malade a foi dans certaines pratiques, s'il croit à l'efficacité de quelque traitement empirique, il faut bien se garder de le détourner d'y recourir. Enfin s'il ne reste d'autres moyens que le raisonnement, il faut citer des faits et chercher tous les moyens de conviction qui peuvent paraître efficaces, suivant l'état social et le caractère de l'individu.

Le *traitement physique* est uniquement dirigé contre les symptômes ; c'est en dire assez, car il s'ensuit que la pléthore doit être combattue par les *émissions sanguines ;* que les accidents nerveux exigent les *antispasmodiques*, etc., etc. Il est à peine utile d'ajouter que les médicaments doivent être assez souvent introduits par le rectum, car la déglutition peut être impossible. Les *bains* prolongés ont été souvent utiles. Je parlerai, à l'article *Rage*, de l'*injection de l'eau dans les veines.*

ARTICLE XXVI.

HOQUET.

Le hoquet n'est, le plus souvent, qu'un accident très léger ou qu'un symptôme l'une autre maladie. Dans le premier de ces deux cas, il n'a aucun intérêt pour le raticien ; dans le second, il suffit de l'étudier dans les maladies dont il est un symptôme peu grave. Mais, dans quelques cas aussi, le hoquet constitue une névrose ebelle, incommode, et qui peut entraîner à sa suite un dépérissement marqué.

Je n'entrerai pas ici dans les considérations physiologiques qu'on a présentées ur le hoquet. Qu'il me suffise de dire qu'on s'accorde aujourd'hui à regarder le hénomène qui le constitue comme le résultat d'une contraction subite et involonire du diaphragme, et qu'il consiste dans le passage brusque de l'air à travers glotte rétrécie, d'où résulte une inspiration incomplète et bruyante à laquelle ccède une expiration naturelle.

On a beaucoup écrit sur le hoquet, mais comme les auteurs qui s'en sont occus n'ont pas traité spécialement du hoquet idiopathique, il y a souvent de la consion dans leurs descriptions.

Causes. Le hoquet, tel que nous le considérons ici, se montre chez les sujets un tempérament nerveux, surtout chez les femmes atteintes d'une autre névrose, en particulier de l'hystérie. Quelquefois il survient à la suite d'une *émotion* très ve ; d'autres fois sans cause connue. Sauvages a cité un exemple de hoquet par *itation.*

Le hoquet peut se prolonger pendant des mois, et même pendant des années. Il s'accompagne d'une anxiété plus ou moins grande ; il augmente généralement après le repas, et surtout à la suite des émotions vives. Lorsqu'il est de longue durée, il peut amener un dépérissement marqué, et produire une tristesse profonde.

Traitement. Le *traitement* de cette affection n'a pas été établi sur des bases solides. Voici ce qui ressort de plus positif des faits rares que nous connaissons :

On a, dans quelques cas, eu recours avec succès aux émollients, à l'exercice, aux distractions. Plus rarement on a obtenu des avantages des *opiacés* et des *antispasmodiques.*

M. le docteur Le Blus (1) (de Villebroeck) a obtenu la guérison d'un hoquet convulsif des plus rebelles par le *sous-carbonate de fer uni à la belladone*, de la manière suivante :

℞ Extrait de belladone... 0,10 gram.	Sous-carbonate de fer..... 0,50 gram.

F. s. a. douze pilules. Dose : une toutes les heures.

Dès le second jour le hoquet avait diminué et le quatrième il avait disparu.

M. le docteur Schuermans (2) a réussi à faire cesser les hoquets les plus intenses par un moyen des plus simples ; car il consiste uniquement à *faire manger au malade quelques morceaux de sucre.* C'est un moyen que les praticiens pourront facilement expérimenter.

Dans un cas où un hoquet avait résisté à une foule de moyens, M. le docteur Marage (3) l'a rapidement fait disparaître par l'emploi du *chloroforme* administré de la manière suivante :

Huile d'amandes douces.... 60 gram.	Sirop de menthe poivrée.... 12 gram.
Sirop diacode............ 30 gram.	Chloroforme............. 20 gram.

Dose : une cuillerée à café toutes les trois heures.

Les *révulsifs* sur l'épigastre ont été aussi mis en usage. Je dois mentionner spécialement le *cautère actuel sur cette région.* Dupuytren y a eu recours avec succès dans un cas.

Bordeu avait déjà employé la *compression épigastrique* contre le hoquet, et récemment M. Rostan (4) a réussi à en arrêter un très rebelle, à l'aide de ce moyen. Cette compression se pratique, soit à l'aide de la main fermée, soit, mieux encore, à l'aide d'une pelote du volume du poing que l'on maintient avec un ressort de bandage herniaire.

Les *vomitifs* ont aussi été prescrits avec avantage, et il en est de même de la *limonade sulfurique* (acide sulfurique 4 grammes, eau 1000 grammes). Enfin, si la maladie se présente avec une *périodicité* marquée, on doit recourir au *quinquina* et au *sulfate de quinine.* N'ayant aucun relevé de faits à citer, je ne peux qu'indiquer ces moyens, que le praticien devra essayer.

(1) *Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, septembre 1846.
(2) *Presse méd. belge*, août 1849.
(3) *Union méd.*, 9 octobre 1851.
(4) *Gazette des hôpitaux* et *Revue méd.-chir.*, mars 1847.

ARTICLE XXVII.

MAL DE MER.

On a beaucoup écrit sur cette maladie, mais ce qui a été dit avant ces derniers temps n'aurait pas un grand intérêt pour le praticien, car tous les médecins sérieux conviennent qu'on n'avait pas fait connaître de moyen thérapeutique vraiment efficace contre cet accident.

Récemment MM. Guépratte (1), Pellarin (2); et surtout M. Sémanas (3), de Lyon, ont donné de nouvelles théories du mal de mer et ont prescrit de nouveaux traitements que je ferai connaître dans cet article.

Le mal de mer consiste dans des vomissements répétés, avec abattement, défaillance, et un malaise extrême. Ce sont les mêmes accidents que font éprouver à certaines personnes la voiture et l'escarpolette, mais le mal de mer est généralement beaucoup plus intense. Une des causes principales de cette indisposition est dans le roulis et le tangage du bâtiment. Le mal de mer se produit, par conséquent, avec d'autant plus de facilité que la mer est plus agitée. Dans les très gros temps, on voit des personnes qui, dans toute autre circonstance, n'éprouvent aucun malaise, avoir tous les accidents du mal de mer. L'odeur de la cale, la vue de la mer, la vue des personnes qui vomissent, ajoutent à l'action de cette cause.

Suivant M. Pellarin (4), le mal de mer ne serait autre chose qu'un résultat de la diminution de la force ascendante du sang dans l'aorte et dans les artères qui naissent de la crosse par suite des mouvements que le corps subit, soit en mer, soit en voiture, soit dans une balançoire.

M. Semanas a donné une tout autre explication du mal de mer. Cet auteur observa à Alger, pendant les années 1846 et 1847, une espèce d'épidémie dont les symptômes ressemblaient à ceux du mal de mer, et parmi lesquels le vertige et les vomissements étaient surtout remarquables. Frappé de cette ressemblance, il vit que cette épidémie coïncidait avec la présence de brouillards épais et d'une odeur fatigante, venant de la mer; et, chez un sujet en particulier, il nota que la croisée ouverte du côté de la mer augmentait le vertige et les nausées. Dès lors il continua ses observations dans ses voyages sur mer, et il arriva à cette conclusion, que le *mal de mer est une intoxication produite par des miasmes*, et semblable à l'intoxication paludéenne. Il reconnaît l'influence du tangage et du roulis, ainsi que celle des autres causes que nous avons mentionnées plus haut; mais, pour lui, ces influences sont secondaires, et, si le mal de mer est plus fréquent et plus violent lorsque la mer est mauvaise, c'est principalement parce que l'agitation des eaux donne lieu à une plus grande émanation des miasmes maritimes. Il a cité plusieurs faits qui, surtout par l'action du traitement, viennent à l'appui de cette manière de voir. Ces faits ne sont pas encore en très grand nombre, et il est important que les praticiens multiplient les expériences; car si, comme on peut l'espérer, elles sont confirmatives, on aura trouvé enfin un moyen de prévenir cet accident si

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. IX, p. 118 et 165.
(2) *Séances de l'Acad. des sciences*, février 1847.
(3) *Du mal de mer*, etc. Paris et Lyon, 1850.
(4) *Loc. cit.*

commun et si désagréable. J'exposerai plus loin le traitement employé par M. Sémanas.

Il est peu de personnes qui, voyageant sur mer une première fois, ne soient prises de cet accident. Mais, presque toujours, au bout d'un temps variable et d'autant plus court que la mer est plus calme, cette disposition au mal de mer cesse; l'individu est *amariné*. Quelques sujets ne peuvent jamais supporter la mer, quelque persévérance qu'ils y mettent.

Symptômes. Je ne décrirai pas avec de grands détails les symptômes de cette maladie, connue de presque tout le monde. Qu'il me suffise de dire que, après que le malade a éprouvé de l'étonnement, du tournoiement de tête, une sensation de malaise à l'épigastre, les vomissements commencent, et, si le mal a de l'intensité, on voit les individus tomber comme une masse inerte, rester sans mouvement, insensibles à ce qui se passe autour d'eux, puis continuer à vomir, jusqu'à ce que le premier effet de la mer se soit dissipé. Toutes les fonctions sont dans un état marqué de langueur. On voit, lorsque le mal a une très grande intensité, des sujets rendre involontairement les urines et les matières fécales, mais ces cas sont rares.

Il est facile de distinguer dans ces symptômes les *trois degrés* signalés par M. Sémanas (1), et qui sont utiles à connaître pour l'emploi de son traitement. Les *symptômes vertigineux* constituent le *premier degré;* les *symptômes gastriques* viennent s'y joindre : c'est le *deuxième degré;* enfin le *collapsus* caractérise le *troisième degré.*

On a dit que, si le mal se prolongeait, la mort pourrait en résulter. Je ne dis pas que la chose soit impossible, mais a-t-on cité des faits concluants ?

Traitement. On a conseillé bien des moyens contre le mal de mer ; on a prescrit les *antiémétiques*, les *antispasmodiques*, les *narcotiques*, les *acides.* On a inventé des spécifiques divers, mais a-t-on réussi ? On n'a qu'à voir ce qui se passe sur un bâtiment par un temps un peu mauvais, et l'on sera convaincu du contraire, car ceux qui ont apporté leurs spécifiques sont aussitôt atteints que les autres. Les seuls moyens qu'on doive recommander jusqu'à ce que l'expérience ait définitivement prononcé sur le traitement de M. Sémanas, sont : 1° de chercher à surmonter le mal en mangeant comme de coutume et en recommençant à manger après avoir vomi ; 2° de se tenir en plein air et en mouvement, si on le peut ; 3° de se comprimer l'abdomen avec une ceinture ; 4° si l'on ne peut supporter le mouvement, de se coucher dans un lieu bas du navire, et d'y rester immobile.

Il résulte de la théorie de M. Pellarin (2) que les seuls moyens de traitement contre le mal de mer consistent à se coucher dans un cadre suspendu, à suivre un régime tonique et à se livrer à un exercice corporel actif. Ces moyens, qui ne sont que palliatifs, sont loin d'être nouveaux, comme on vient de le voir, et ils ne diffèrent pas de ceux qu'on employait généralement. Il n'en est pas de même de celui qu'a proposé M. Sémanas. Voici comment il est dirigé par ce médecin :

TRAITEMENT DE M. SÉMANAS.

C'est par le *sulfate de quinine* que M. Sémanas combat le mal de mer, comme s'il s'agissait d'une fièvre intermittente. Les pilules ordinaires de sulfate de qui-

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*

nine se desséchant facilement, devenant dures et de difficile absorption, ce médecin a eu recours à la préparation suivante :

Sulfate de quinine tartarisé.

« Pour préparer le sulfate de quinine tartarisé :

♃ Sulfate neutre de quinine. 5 parties. | Acide tartrique en poudre... 3 parties.

Jetez les deux poudres dans un mortier de porcelaine, et triturez jusqu'à mélange intime (pendant dix minutes environ) ; cela fait, placez le mélange dans une capsule de verre et abandonnez-le à l'air libre dans un endroit frais, pendant vingt-quatre heures environ.

» Au bout de ce temps, vous trouverez une masse résineuse d'un jaune pâle, prenant aux doigts et très malléable. Cette masse a une saveur amère très prononcée : projetée dans l'eau, à la température ordinaire, elle s'y fond absolument comme du sucre.

» Pour préparer un nombre déterminé de pilules de sulfate de quinine tartarisé, chaque pilule devant contenir un décigramme de sel de quinine, on prendra autant de décigrammes de sulfate de quinine que de pilules à préparer, puis une quantité d'acide tartrique dans la proportion des 2/5es comme dessus.

» Si l'on voulait préparer vingt pilules, par exemple, la formule serait la suivante :

♃ Sulfate de quinine...... 20 décigr. | Acide tartrique en poudre.. 12 décigr.

» Après avoir opéré sur cette double quantité, comme il est dit ci-dessus, le produit résultant n'aurait plus qu'à être divisé à la manière ordinaire, en vingt parties égales ou pilules.

» Les pilules de sulfate de quinine tartarisé attirent fortement l'humidité de l'air, ce qui oblige de les tenir dans une boîte bien fermée et placée dans un lieu sec. Il est indispensable, en outre, d'entourer ces pilules d'une grande quantité de poudre de guimauve, afin de diminuer leur état hygrométrique et de les empêcher d'adhérer ensemble. »

Voici maintenant comment ces pilules doivent être prises.

Il faut *d'abord en prendre huit* à de courts intervalles, à jeun ou deux heures après le repas et *deux heures avant l'embarquement.*

Arrivé sur le bâtiment et pendant les deux premières heures, il faut adopter la *station étendue*, *faire diète* et occuper le plus possible la partie antérieure et moyenne du pont.

Il se peut qu'au bout des deux premières heures l'immunité soit complète, alors il suffit de prendre, pendant le jour seulement, *une pilule toutes les deux heures*, de *se promener sur le pont* et de prendre une *bonne alimentation.*

Si l'immunité est incomplète, on se conduit différemment, suivant l'état de la mer et le degré du mal.

La mer étant bonne, le mal de mer est-il au premier degré, il suffit d'*une pilule toutes les deux heures* et de *continuer la diète* en gardant la *station étendue. Le mal de mer est-il au deuxième degré, une pilule toutes les heures;* et enfin *deux pilules toutes les heures, si le mal est au troisième degré.* Il est bien entendu que la station étendue et la diète seront gardées pendant ce traitement.

La mer étant passable, le mal est-il au premier degré, une pilule toutes les

heures. Est-il au second degré, deux pilules toutes les heures. Est-il au troisième, trois pilules toutes les heures, jusqu'à six pilules, puis *une pilule toutes les deux heures.*

La mer étant mauvaise, le mal de mer est-il au premier degré, deux pilules toutes les heures jusqu'à six pilules, puis *une pilule toutes les deux heures, station étendue* non permanente, *alimentation légère* et peu copieuse. *Le mal de mer est-il au second degré, trois pilules toutes les heures* jusqu'à six pilules, puis *une pilule toutes les deux heures, alimentation légère* et peu copieuse. *Le mal de mer est-il au troisième degré, trois pilules toutes les heures* jusqu'à neuf pilules, puis *une pilule toutes les heures, station étendue et permanente, potages.*

Si, après que l'immunité a paru se produire, on voyait reparaître des signes du mal de mer, on reprendrait le même moyen, suivant le degré du mal et l'état de la mer.

Il peut se faire que le sulfate de quinine ne soit pas supporté par l'estomac; alors, suivant M. Sémanas, on pourrait avoir recours aux *frictions avec le sulfate de quinine.*

Pommade de sulfate de quinine tartarisé.

℞ Sulfate de quinine tartarisé.	32 décigr.	Axonge fraîche............	16 gram.
Eau....................	qq gouttes.		

Placez dans un mortier de porcelaine et triturez jusqu'à homogénéité complète.

Si l'on ne possédait pas du sulfate de quinine tartarisé tout préparé, on pourrait obtenir immédiatement la même pommade en procédant comme il suit :

℞ Sulfate de quinine.......	20 décigr.	Acide tartrique en poudre..	12 décigr.

Placez dans un mortier, triturez avec quelques gouttes d'eau, et ajoutez :

Axonge fraîche.................................. 16 gram.

Triturez de nouveau jusqu'à union complète.

Pour se servir de cette pommade, il faut en prendre sur le bout du doigt, gros comme un fort pois, puis porter le doigt ainsi chargé sous le creux de l'aisselle et frictionner pendant un quart de minute. Une friction semblable devra toujours être pratiquée sous l'une et l'autre aisselle ; chaque double friction devra être répétée au plus tôt toutes les demi-heures, au plus tard toutes les heures, suivant l'urgence des cas.

Chez l'adulte qu'on voudrait préserver du mal de mer, il faudrait pratiquer au moins *six doubles frictions* à la distance d'une demi-heure les unes des autres, la dernière une heure avant l'embarquement. Cela fait, arrivé sur le bâtiment, on se comporterait comme nous l'avons exposé plus haut, en remplaçant les pilules par un nombre égal de doubles frictions.

Chez l'enfant en bas âge qu'on voudrait préserver du mal de mer, *deux ou trois doubles frictions* à la distance d'une demi-heure, la dernière pratiquée une demi-heure avant l'embarquement, seraient suffisantes. Arrivé sur le bâtiment, on se comporterait, pour la répétition des frictions, la diète, en un mot, pour la marche à suivre, d'après l'état de la mer et le degré de malaise du sujet.

C'est maintenant, je le répète, aux médecins convenablement placés à essayer ce traitement bien facile à mettre en usage, et à nous éclairer définitivement sur

sa valeur. Remarquons seulement que le traitement par les frictions n'a pas été employé par M. Sémanas, et qu'il ne le conseille que par analogie, pour des cas où le traitement interne ne serait pas praticable.

ARTICLE XXVIII.

MIGRAINE.

On ne trouve, dans les anciens auteurs, que très peu de renseignements sur la migraine, et encore faut-il les chercher dans des articles consacrés aux diverses espèces de céphalalgie. C'est surtout de nos jours qu'on a étudié cette maladie comme une affection particulière. Sauvages admettait dix variétés de migraines qu'il serait inutile de mentionner. Après lui, Tissot (1) a fait de cette affection le sujet de ses recherches. M. Piorry (2) a décrit une variété très rare ; M. J. Pelletan (3) est, de tous les auteurs, celui qui nous a donné le meilleur travail sur ce sujet ; enfin, je dois mentionner la thèse de M. Labarraque (4).

M. Pelletan (5) décrit quatre variétés de migraine : 1° la *migraine stomacale ;* 3° la *migraine irienne* (iralgie) ; 3° la *migraine utérine;* 4° la *migraine pléthorique.* Je pense, avec les auteurs du *Compendium* (6), qu'il vaut mieux diviser cette affection en *sympathique* et *idiopathique.*

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *migraine* à une affection essentiellement intermittente, revenant à des intervalles plus ou moins rapprochés, et caractérisée par une douleur vive occupant ordinairement un des côtés de la tête. Les autres symptômes sont variables.

La migraine a été primitivement décrite sous le nom d'*hémicrânie*, d'où par corruption *migraine.*

La grande *fréquence* de cette affection est bien connue de tout le monde.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

L'influence de l'*âge* sur le développement de cette affection est évidente. Bien rarement on la voit se développer avant quatorze ou quinze ans. Depuis cet âge jusqu'à vingt-cinq ans, apparaissent ordinairement les premiers accès, qui quelquefois aussi se montrent à l'*époque critique.* Il n'est pas rare de voir la disposition à la migraine diminuer à mesure qu'on avance en âge.

Les autres causes prédisposantes sont *le sexe féminin*, le *tempérament nerveux* et l'*hérédité.*

2° Causes occasionnelles.

Les divers *troubles de l'estomac :* les digestions difficiles, la faim, l'usage de certains aliments très différents chez les divers individus, constituent une des causes

(1) *Des nerfs et de leurs maladies* (*Œuvres complètes.* Paris, 1813).
(2) *Mémoire sur la migraine.*
(3) *De la migraine et de ses divers traitements.* Paris, 1843, 2° édit.
(4) *Essai sur la céphalalgie et la migraine.* Paris, 1837.
(5) *Loc. cit.*
(6) Article *Migraine.*

les plus fréquentes des accès de migraine. La lecture, l'étude, la préoccupation après avoir mangé, sont, d'après M. Piorry, les causes de la migraine particulière qu'il a décrite. En pareil cas, ce serait par l'organe de la vue que commencerait le trouble nerveux. Les faits de ce genre sont, je le répète, fort rares. Il est plus commun de voir les accès de migraine survenir après qu'on a respiré *certaines odeurs*, sous l'influence des *temps orageux*, des *émotions morales*, des *études trop prolongées*, à la suite d'une promenade inaccoutumée au grand air, de l'impression du *froid* sur la tête.

On a vu la migraine se montrer en même temps que des *lésions de l'utérus ou d'un autre organe*, et disparaître avec elles ; c'est la *migraine symptomatique*. Quant à la *migraine sympathique*, on l'observe surtout dans les *troubles de la menstruation*.

Enfin, il faut le dire, la migraine se développe fréquemment sans cause connue. On ne doit pas confondre avec elle la céphalalgie qui accompagne le coryza, l'angine légère, et d'autres affections.

§ III. — Symptômes.

La migraine se montre toujours par *accès ;* ce sont donc les accès qu'il faut décrire.

L'*accès de migraine* est ordinairement précédé de *prodromes* d'une durée variable. Ces prodromes sont : un malaise général, une moins grande aptitude au travail, une lassitude générale, des pandiculations, des bâillements, une plus grande sensibilité au froid, et souvent de petits frissons parcourant les membres et le tronc. Ces prodromes appartiennent en propre à la migraine idiopathique. La douleur qui la caractérise peut, en effet, leur succéder sans qu'il apparaisse aucun autre phénomène.

Dans certains cas, à ces symptômes se joignent un malaise vers les hypochondres, l'anorexie, des rapports, et même parfois la salivation. Il est plus rare de voir une espèce de *boulimie* précéder l'accès, ou d'observer un frisson marqué, des bourdonnements d'oreilles, la surdité, le brisement des membres. Dans la variété rare décrite par M. Piorry, ce sont des *troubles de la vision* (arc lumineux, obscurcissement de la vue, dilatation de la pupille, etc.) qui précèdent l'apparition de la douleur. Dans des cas plus rares encore, les prodromes sont caractérisés par un engourdissement général ou local. Je dois ajouter que ces symptômes sont très variables, et que, bien qu'en général le même sujet soit pris de la même manière, il éprouve parfois des accès qui s'annoncent par des prodromes inaccoutumés, ou qui débutent sans prodromes.

Cette absence de prodromes n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire d'après la description des auteurs. On l'observe principalement dans la migraine idiopathique.

Début. Il est très rare que, dès le début, la douleur soit vive et étendue. C'est dans un point limité, ordinairement vers l'arcade sourcilière, qu'elle se manifeste par un sentiment de tension plus ou moins marqué ; puis elle s'étend, ainsi qu'on le verra tout à l'heure. Il n'est pas très rare d'observer des vomissements dès le début ; les autres symptômes se montrent presque toujours plus tard.

Le principal *symptôme* de la migraine est la *douleur*. Cette douleur a un siége

variable. Occupant ordinairement l'œil, la narine, le front, la tempe d'un côté, elle peut aussi envahir la région pariétale, l'occiput, et même commencer par ces points. Elle s'étend à toute la tête, ou bien, après avoir occupé un côté, elle s'empare assez fréquemment de l'autre; je l'ai vue gagner le cou, puis se porter vers le dos, et même aller jusqu'aux membres inférieurs chez un sujet. A mesure qu'elle gagnait une partie nouvelle, elle laissait plus ou moins libres les premières affectées.

Le *caractère de la douleur* est variable. Elle est ordinairement aiguë, avec un sentiment de tension tel, que les malades disent que leur crâne va éclater. D'autres fois elle se manifeste par un sentiment de compression insupportable, surtout vers les tempes. Je ne crois pas nécessaire d'indiquer les diverses nuances qu'elle peut présenter. Je signalerai seulement d'une manière spéciale les *battements douloureux* éprouvés dans le crâne, et qu'on reconnaît, à l'aide de la plus légère observation, pour des battements artériels.

L'*intensité de la douleur* est très variable aussi, non seulement chez les divers sujets, mais encore chez un même individu, dans des accès différents. Quelquefois légère, elle permet au malade de continuer ses occupations; d'autres fois elle est si vive, que le moindre travail est impossible.

Généralement les mouvements exaspèrent beaucoup la douleur. Sous leur influence, les battements douloureux, dont j'ai parlé plus haut, ainsi que le sentiment de tension éprouvé dans le crâne, augmentent beaucoup d'intensité. La mastication a fréquemment le même résultat.

Chez certains malades, une promenade au grand air calme cette douleur ou la fait disparaître; chez d'autres, au contraire, elle l'exaspère notablement.

La *lumière*, le *bruit* sont aussi des *causes d'exaspération* de la douleur hémicrânienne, et les autres causes que j'ai signalées comme produisant les accès en augmentent presque toujours l'intensité.

Des sensations particulières se joignent aussi parfois à la douleur proprement dite; ainsi des sujets éprouvent une espèce de *frémissement dans le cuir chevelu*, de petits *frissons locaux*. D'autres ont parfois la sensation d'un *liquide brûlant ou froid* dans un côté du crâne. Ces sensations sont très variables.

J'ai eu occasion maintes fois de dire combien il est important de distinguer la douleur spontanée de la *douleur à la pression*. Ces deux espèces de douleur doivent être recherchées dans la migraine. En général, par la pression, on ne constate qu'une augmentation de sensibilité occupant tout un côté de la tête, ou toute la tête; mais, dans quelques cas, cette exaltation de la sensibilité est telle, qu'il suffit de promener le doigt sur le cuir chevelu pour produire une douleur assez vive, et dans d'autres, ce qui est bien plus important à noter, on trouve les mêmes points douloureux que dans les *névralgies trifaciale* et *cervico-occipitale* (1). Je dirai, en parlant du diagnostic, quelles conséquences il faut tirer de ces faits.

Les *yeux*, dans les cas les plus violents, sont sensibles à la lumière, mais ils ne sont pas injectés et larmoyants comme dans la névralgie trifaciale franche. On n'observe pas non plus de phénomènes locaux du côté des narines et de la bouche; cependant j'ai vu un cas où des accès de migraine bien caractérisés se terminaient

(1) Voy. mon *Traité des névralgies*.

par un écoulement abondant de matière liquide et verdâtre par la narine du côté affecté. On a signalé, dans quelques cas, de véritables convulsions faciales dues à l'intensité de la douleur ; ce symptôme est beaucoup plus rare dans la migraine que dans la névralgie trifaciale.

Tels sont les *symptômes* locaux de la migraine. Lorsqu'ils existent seuls, ou lorsqu'ils sont seulement suivis des autres phénomènes qui vont être décrits, *la migraine est idiopathique*. La description précédente s'applique par conséquent à cette espèce de migraine.

Les symptômes qui me restent à décrire sont presque tous les mêmes que ceux qui ont été signalés comme prodromes, seulement ils acquièrent un plus haut degré d'intensité.

Il est surtout fréquent d'observer des *troubles du côté de l'estomac*, et le principal symptôme de ce genre consiste dans les *nausées* et les *vomissements*. Il est des sujets qui ne peuvent avoir de migraine sans vomir. La matière des vomissements se compose des aliments et des boissons ; ce n'est que dans les cas très rares où ils deviennent très fréquents, qu'ils sont bilieux. Le vomissement soulage ordinairement les malades ; mais il n'est pas rare de voir les accidents se reproduire bientôt, et de nouveaux vomissements être provoqués. Quelquefois, au contraire, le vomissement est marqué par une amélioration qui va rapidement croissant, et l'accès se termine ainsi. Dans tous les cas, le vomissement est précédé d'un malaise plus ou moins considérable, et les nausées peuvent se prolonger assez longtemps.

La *face* est ordinairement pâle. Les yeux sont battus, fatigués, languissants. Il est beaucoup plus rare de voir la face et les yeux rouges, gonflés, animés.

La chaleur de la *peau* est ordinairement naturelle, sauf à la tête, où elle est souvent brûlante. Le *pouls* est presque toujours normal ; quelquefois néanmoins on l'a vu petit et concentré, mais ces cas sont très rares.

Il est au contraire assez fréquent d'observer des *sueurs*, quelquefois occupant particulièrement la tête, et alternant avec un sentiment de froid. Les sueurs se montrent plus particulièrement vers la fin de l'accès.

Enfin la fatigue, le *brisement des membres*, existent aussi fréquemment, mais également vers la fin des accès. Dans un cas que j'ai déjà mentionné, des douleurs se montraient dans les jambes, après que la tête était complétement débarrassée.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Nous avons dit plus haut que la migraine est une affection essentiellement *intermittente*. Les accès sont, en effet, séparés par des intervalles très variables quant à leur étendue, mais dans lesquels les malades recouvrent toujours complétement leur état de santé habituel : santé parfaite chez les sujets qui n'ont aucune affection organique ; bonne santé relative chez les autres. Le nombre des accès peut être de trois, quatre et plus par mois, mais ces derniers cas sont très rares. Il peut n'en exister que trois ou quatre par an. Il est plus ordinaire d'en observer un tous les mois ou toutes les six semaines, mais il n'y a aucune règle fixe à cet égard. Chez certaines femmes, la migraine se montre à toutes les époques menstruelles, et n'est dissipée que par l'apparition des règles. On a cité des cas de migraine in-

termittente périodique, mais on a fait observer que, dans la plupart, il était très probablement question de névralgies intermittentes.

La *marche des accès* mérite aussi une mention. Il est bien rare que la migraine se maintienne au même degré d'intensité pendant toute la durée de l'accès ; la douleur, d'abord légère, va en augmentant jusqu'à son summum d'intensité, puis il y a des moments d'amélioration et d'exacerbation plus ou moins marqués, jusqu'à ce qu'enfin les symptômes commencent à décroître pour disparaître bientôt tout à fait.

Dans la *durée*, il faut considérer la durée de la maladie et la durée des accès. La *durée de la maladie* est longue ; elle peut se prolonger pendant toute la vie. Le plus souvent les accès commencent à s'éloigner vers l'âge de quarante ans, pour disparaître vers soixante, mais il y a de nombreuses exceptions à cette règle. Ce qu'il y a de certain, c'est que la durée de la migraine est presque toujours d'un grand nombre d'années. La *durée des accès* est ordinairement de douze à vingt-quatre heures. Elle peut néanmoins ne pas dépasser une, deux et trois heures, ou bien se prolonger pendant deux et même trois jours ; ces derniers cas sont les plus rares. Des circonstances très diverses peuvent abréger la durée des accès : ainsi une promenade, un spectacle attachant, un repas, et aussi l'usage de quelques moyens que j'indiquerai dans le traitement ; mais jamais, ou presque jamais, on ne peut tirer de ces circonstances une règle sûre pour l'avenir, c'est-à-dire que ce qui, dans un accès, aura été très utile, peut être dans les autres complétement inutile, ou même augmenter les accidents.

La migraine n'a jamais une *terminaison* fatale. J'ai dit plus haut que vers l'âge de soixante ans on la voit disparaître ; cependant il n'est pas très rare de la voir se prolonger au delà. La *terminaison des accès* a lieu ordinairement pendant le sommeil de la nuit. Au réveil, les malades se trouvent complétement revenus à leur état normal, ou ne conservent qu'un peu de fatigue et de lourdeur de tête qui se dissipent bientôt. D'autres fois la migraine se dissipe au milieu du repas, ou dans d'autres circonstances déjà mentionnées.

Accès considéré d'une manière générale. Il résulte de ce qui précède que lorsque les malades sont atteints d'un violent accès de migraine, ils sont obligés de rester couchés, immobiles, loin du bruit, de la lumière ; qu'ils demandent qu'on les laisse absolument tranquilles, et cherchent le sommeil, qui, tant que l'accès dure, est incomplet, pénible et entrecoupé. Lorsqu'ils veulent se lever, ils éprouvent des étourdissements, des horripilations, et sont forcés de se recoucher promptement.

Dans d'autres cas, au contraire, la douleur n'empêche ni les mouvements, ni le travail, et entre ces deux extrêmes il y a des nuances à l'infini.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de la migraine est tellement facile, que les personnes étrangères à l'art ne s'y trompent presque jamais ; c'est donc un luxe de détails bien inutile que de chercher, comme on l'a fait, à distinguer la maladie des névralgies de la tête, du rhumatisme de cette partie du corps, des douleurs de tête qu'on remarque dans les maladies aiguës, dans les maladies cérébrales, etc. Qu'on se rappelle seulement que la migraine est une affection qui, dans l'intervalle des accès, laisse

les sujets dans leur état primitif de santé, et l'on ne pourra pas commettre d'erreur de diagnostic.

Deux seules affections pourraient peut-être, dans des circonstances toutes particulières, et seulement à leur début, être prises pour la migraine : c'est la *névralgie* et la *dermalgie* intermittentes de la tête, en supposant que la dermalgie se montre avec le caractère intermittent, ce que l'expérience ne nous a pas encore appris. On a dit que la concentration de la douleur dans le trajet des nerfs était un signe propre à faire reconnaître qu'on a affaire à une névralgie plutôt qu'à la migraine: le fait est vrai en général; mais, d'un autre côté, même en ayant égard aux points douloureux ou foyers de douleur, il n'est pas toujours possible de circonscrire exactement la douleur de la névralgie, et de l'autre, il est des cas, j'en ai vu un certain nombre, dans lesquels la migraine a pour principal caractère une douleur contusive, avec points douloureux à la pression, et même des élancements dans le trajet des nerfs. Le plus souvent, il est vrai, cette douleur finit par occuper tout un côté de la tête et même toute la tête, mais il n'en est pas toujours ainsi. Notons toutefois que la névralgie intermittente, qui s'accompagne des symptômes indiqués dans un autre article, se reproduit tous les jours ou tous les deux jours, tandis que la migraine non douteuse présente entre les accès des intervalles plus grands et plus ou moins variables. Les mêmes réflexions peuvent s'appliquer à la *dermalgie intermittente*, dont nous admettons la possibilité ; car on voit quelquefois, dans la migraine, la sensibilité s'exalter beaucoup dans le cuir chevelu. La migraine, quand elle prend les caractères que je viens d'indiquer, pourrait être désignée sous les noms de *migraine névralgique* et *dermalgique*.

Pronostic. Le pronostic de la migraine n'est grave dans aucun cas.

§ VI. — Traitement.

Il faut distinguer le traitement de la maladie du traitement des accès.

1° *Traitement de la maladie.* Il est presque entièrement hygiénique ; il consiste à étudier les habitudes du sujet et à examiner les accidents qui se joignent à la douleur hémicrânienne pour prescrire les moyens préventifs. La migraine est-elle produite par un trouble de l'estomac? on prescrit un *régime sévère*, s'il y a des signes d'indigestion ; on conseille *de ne pas laisser trop longtemps l'estomac vide*, si le jeûne trop prolongé produit les accès ; on recommande au malade de remarquer quels sont les aliments qu'il a pris avant l'accès, afin que, si l'on observe une certaine coïncidence entre l'usage d'un aliment et le retour des accès, on y renonce aussitôt. Tels sont les préceptes généraux ; l'application en sera facile.

On peut encore, dans le même but, prescrire de temps en temps, et surtout avant l'époque présumée du retour des accès, un *vomitif* ou un *purgatif ;* mais il faut que la maladie soit bien violente pour que les malades se soumettent à ce traitement.

Les digestions sont-elles ordinairement difficiles, y a-t-il quelques signes de gastralgie? on aura recours au traitement de ces affections, qui a été exposé dans une autre partie de cet ouvrage (1).

(1) Voy. *Gastralgie*.

Si le principe de la maladie paraît être une *dysménorrhée*, il faut mettre en usage le traitement de cette maladie (1).

La migraine est-elle idiopathique, on ne peut, si l'on veut tenter la cure radicale, mettre guère en usage que les *antispasmodiques* longtemps continués ; mais, il faut le dire, ce traitement échoue le plus souvent et les malades sont obligés d'y renoncer.

Dans un cas de migraine très violente, qui revenait chaque mois avant l'apparition des règles, j'ai réussi à prévenir, pendant quatre mois, les accès à l'aide de la *morphine par la méthode endermique*. Puis, le traitement ayant cessé, les accès sont revenus deux mois de suite. J'ai conseillé de recourir à la morphine de la même manière ; mais je n'ai plus revu la malade.

J'ai dit plus haut qu'il est beaucoup plus rare qu'on ne le pense d'observer la *migraine périodique*. Cependant la chose n'est pas impossible, et il est évident que, en pareil cas, on doit mettre en usage le *sulfate de quinine*. Ce médicament doit être administré comme dans les cas de névralgie intermittente. Mais il est possible que, dans cette dernière maladie, cette médication soit inutile alors même qu'elle paraît le mieux indiquée. Brown rapporte un cas dans lequel, après avoir eu vainement recours au *quinquina*, il employa avec un prompt succès l'opium donné à la dose de 0,05 gramm. avant l'accès. Était-ce réellement une migraine?

Enfin on a cité des exemples de guérison par l'usage exclusif de l'*eau pour boisson*, combiné avec un *régime frugal*, un *exercice journalier ;* en un mot, par une vie sobre et réglée.

2° *Traitement des accès.* Ce traitement est très varié. Il faut, comme pour le précédent, avant de prescrire aucun moyen, s'informer de ce qui réussit le mieux aux malades.

Chez quelques uns, il suffit d'une tasse d'infusion de *café* pour faire avorter un accès. On doit la prescrire, bien que ce moyen ne réussisse pas toujours. Le docteur Formey (2) recommande l'infusion de *café cru* administré ainsi qu'il suit :

℞ Poudre fine de café non grillé et parfaitement sec.....	15 gram.
Eau bouillante..................................	Q. s. pour une tasse.

Faites infuser. A prendre en une fois.

Chez quelques sujets, il suffit de faire prendre quelques *aliments* pour calmer la douleur ; chez d'autres, au contraire, la mastication augmente la migraine. Il faut agir suivant ces diverses circonstances. Aux derniers, on ne peut prescrire que des aliments à demi liquides.

Les *narcotiques* comptent d'assez nombreux succès. M. Ricord, médecin aux Cayes, a fréquemment réussi à arrêter la migraine en faisant prendre de 1 à 2 centigrammes d'*acétate de morphine* dans un peu d'eau froide. Mérat a obtenu le même résultat, par ce moyen, dans quelques cas. M. Magistel (3) a réussi sur plus de cinquante malades à dissiper la migraine en appliquant un sel de morphine par la méthode endermique au début de l'accès ; et renouvelant l'application aux

(1) Voy. *Dysménorrhée.*
(2) *Verm. Schrift.* Berlin, 1821.
(3) *Gaz. méd.*, octobre 1834.

accès suivants, il a fait disparaître la maladie. J'ai cité un peu plus haut un cas de ce genre.

La *belladone* a été prescrite à l'intérieur et à l'extérieur par plusieurs auteurs (Fleck, Stosch, etc.). M. Piorry a recommandé les frictions belladonées sur les paupières, dans la migraine particulière qu'il a décrite, et qui est la plus rare. Il en résulte une dilatation de la pupille qu'il ne faut pas porter trop loin.

Je citerai, en outre, la *jusquiame*, le *datura stramonium*, l'*aconit*.

On a recours fréquemment aux *antispasmodiques*. Hufeland vante la préparation suivante dans l'espèce de migraine qu'il appelle *hystérique :*

℞ Teinture d'écorce d'orange...	8 gram.	Teinture d'aloès...........	4 gram.
de castoréum......	4 gram.		

Mêlez. Dose : soixante gouttes, deux fois par jour.

Selon Schneider, il suffit de prendre les gouttes suivantes pour dissiper les accès de migraine :

℞ Huile de valériane... ..	1,25 gram.	Éther acétique............	15 gram.

Mêlez. Dose : de dix à quinze gouttes toutes les heures.

Je citerai ensuite les lotions de *cyanure de potassium* recommandées par MM. Trousseau et Bonnet, et dont M. Munaret (1) a fait usage avec succès. En voici la formule :

℞ Cyanure de potassium................. de 0,40 à 0,50 gram.

Faites dissoudre dans :

Alcool, éther ou eau distillée..................... 30 gram.

Imbibez de cette solution des compresses qu'on applique sur la tête, et principalement sur le front. Renouvelez-les lorsqu'elles sont sèches.

MM. J.-J. Cazenave (2) incorpore le cyanure de potassium dans une pommade et y ajoute du *chloroforme*, il vante les bons effets de cette préparation qu'il formule ainsi :

Chloroforme pur..........	12 gram.	Axonge récente..	60 gram.
Cyanure de potassium......	10 gram.	Cire....................	Q. s. pour obtenir la consistance d'une pommade.

En prendre le soir en se couchant gros comme deux œufs de pigeon, en enduire rapidement les cheveux en tous sens et recouvrir la tête d'un bonnet de taffetas ciré.

Il faut continuer ce moyen quelque temps après la disparition des douleurs.

Beaucoup de personnes réussissent à calmer les douleurs de la migraine en appliquant simplement sur le front des compresses trempées dans l'*eau froide*, dans l'*eau de Cologne*, dans l'*eau vinaigrée*, et mieux encore dans l'*éther* qui, en se vaporisant, produit une réfrigération rapide.

Un *vomitif* a eu fréquemment pour résultat de faire avorter un accès. J'en ai vu un exemple remarquable.

M. Tavignot (3) a employé un moyen bien simple qui, dit-il, lui a parfaitement

(1) *Gaz. méd.*, juillet 1835.
(2) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er mai 1852.
(3) *L'Observation*, mai 1850, et *Bull. gén. de thér.*, 15 juin 1850.

réussi dans plusieurs cas. Ce moyen consiste à *respirer largement et très vite pendant quelques minutes* ; s'il n'y a que du soulagement, après quelques instants de repos, on recommence la même manœuvre. M. Tavignot fait remarquer que dans les cas où la douleur est due à une névralgie, cette médication a échoué.

Moyens divers. Enfin il faut citer l'*acétate d'ammoniaque* (30 à 40 gouttes dans une tasse de tilleul), l'*hydrocyanate de fer* (Hosack), le *deutochlorure de mercure* (Martin), à très petites doses; l'*huile de foie de morue* (Wenzel), le *poivre* (1), l'*aimant*, le *chloroforme*, etc.

Une remarque à faire sur l'emploi de ces médicaments, c'est qu'ils n'ont de chances réelles de succès que lorsqu'on peut les administrer pendant les prodromes ou au début de l'accès ; plus tard il est bien rare qu'ils ne soient pas inutiles. On n'est en outre appelé à les employer que dans les cas de migraine très violente ou très fréquente. Dans toute autre circonstance, les malades aiment mieux laisser passer l'accès, en se contentant de prendre quelques précautions générales, d'autant plus que souvent ils ont essayé vainement ces moyens thérapeutiques. Ces précautions générales sont les suivantes, lorsque l'accès est très violent :

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES.

Les malades doivent se placer dans un lieu obscur.
Se tenir loin du bruit et du mouvement.
Garder l'immobilité.
Éviter les odeurs fortes, les émotions morales.
Maintenir la chaleur des pieds.
Prendre des lavements pour éviter les efforts de la défécation.
Du reste, toutes ces précautions sont prises instinctivement par les malades.

ARTICLE XXIX.

CÉPHALALGIE NERVEUSE ; CÉPHALÉE.

Aujourd'hui que le diagnostic des diverses affections douloureuses de la tête a été perfectionné, on rencontre beaucoup moins de ces cas dans lesquels il existe une céphalalgie de plus ou moins longue durée qu'on ne peut rapporter à aucune des affections connues, et qu'on est obligé de regarder comme idiopathique. Dans les cas de céphalalgie opiniâtre ou passagère, on trouve une affection cérébrale, ou fébrile, ou syphilitique, ou une névralgie, etc., qui rend parfaitement compte de ce symptôme. Et si quelquefois on n'a pu remonter à la source du mal, il est permis de supposer que l'investigation n'a pas été faite avec assez de soin, car on ne trouve pas un seul cas dans la science où l'on puisse affirmer que la douleur de tête est indépendante d'une des causes que je viens de mentionner.

On conçoit dès lors que je ne dois pas entreprendre la description d'une maladie dont l'existence peut être si légitimement mise en doute. Je me bornerai à dire que l'on donne le nom de *céphalalgie nerveuse* aux douleurs de tête qui n'ont pas le caractère de la migraine et qui ne paraissent pouvoir s'expliquer ni par une névralgie, ni par un rhumatisme des muscles du cou et de la tête, ni par une con-

(1) Lance, *Misc. ver. in Hemicran.*, t. I.

gestion, ni par toute autre lésion organique, et que si cette céphalalgie devient habituelle, on la désigne sous la dénomination de *céphalée*. Le *traitement* est celui des douleurs nerveuses et des névroses que j'ai eu si souvent à exposer dans les articles précédents.

Quant à la céphalalgie et à la céphalée qui surviennent dans le cours d'autres maladies, elles ne sont que de simples symptômes, qui ont été appréciés à leur place, et que je ne dois pas étudier ici d'une manière spéciale, car leur description est du domaine de la pathologie générale.

ARTICLE XXX.

ANGINE DE POITRINE.

L'angine de poitrine est une de ces affections dont il est difficile de déterminer la nature et le siége, malgré les travaux nombreux entrepris sur ce sujet. Le grand nombre d'opinions émises par les auteurs, sans en excepter celle que M. Lartigue a développée récemment avec beaucoup de talent, laissent le médecin dans une très grande incertitude que l'examen des faits n'est pas de nature à faire cesser, car ils sont presque tous dissemblables par quelques points ; on y trouve des complications qui masquent le véritable caractère de la maladie, et l'examen des lésions anatomiques signalées par les auteurs, loin de jeter un grand jour sur la question, ne fait au contraire que la rendre plus obscure.

Cette maladie n'a été bien étudiée que vers la fin du siècle dernier et dans celui-ci. On a cherché des traces de sa description dans les écrits des anciens, mais le diagnostic était alors trop peu précis pour qu'on doive accorder une grande importance à ces indications. Je ne présenterai pas ici un historique détaillé de cette maladie ; le lecteur le trouvera dans le Mémoire récent de M. Lartigue. Je me bornerai à dire que F. Hoffmann (1) a cité plusieurs cas de cette affection ; que Morgagni (2) en a fait connaître de très intéressants ; que Heberden (3), qui l'a désignée le premier sous le nom d'angine de poitrine, en a donné une assez bonne description, et qu'après lui Fothergill, Wichmann, Baumes (4), Brera (5), Jurine (6), Gintrac (7), Forbes (8), les auteurs du *Compendium* (9) et surtout M. Lartigue (10), ont décrit plus exactement cette affection et ont émis sur sa nature des opinions très diverses, comme je le disais plus haut.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

D'après ce que je viens de dire, la définition de l'angine de poitrine est très difficile. Pour ne pas anticiper, je vais me borner à indiquer ses principaux carac-

(1) *De asth. convuls.*
(2) *De caus. et sign.*, *etc.*
(3) *Lect. concern. angin. pect.*, *etc.*; *Med. trans.*, 1785, t. III.
(4) *Ann. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier*, octobre et novembre 1808.
(5) *De la sternocardie*, etc.; in *Journ. gén. de méd.*, t. LXII.
(6) *Mémoire sur l'angine de poitrine*. Paris, 1815.
(7) *Mém. et observ. de méd. clinique*, etc. Bordeaux, 1830, in-8.
(8) *Cyclop. of pract. med.*, t. I. London, 1833.
(9) Art. *Angine de poitrine*, t. I.
(10) *De l'angine de poitrine*. Paris, 1846.

tères, me réservant de discuter son siége et sa nature à l'article du diagnostic.

L'angine de poitrine est une affection caractérisée par une douleur violente et subite, ayant son siége à la partie inférieure de la région sternale, s'étendant souvent au cou et au bras, et occasionnant un tel sentiment d'angoisse, que les malades sont obligés de s'arrêter et de rester complétement immobiles jusqu'à ce qu'elle se soit dissipée.

Cette maladie a reçu les noms de *cardiogmus cordis sinistri* (Sauvages); *angor pectoris;* de *sternalgie*, *sternocardie*, *syncope angineuse*, *arthritique*, etc.

Quoique l'on connaisse un assez grand nombre d'exemples d'angine de poitrine, on ne peut pas dire que sa fréquence soit grande. Elle l'est beaucoup moins qu'on ne le croirait, si l'on acceptait sans examen toutes les observations fournies par les auteurs; car les nuances qui existent entre l'angine de poitrine et d'autres affections nerveuses, sont, comme on le verra plus loin, si légères, que les erreurs de diagnostic ont été fréquentes.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Age. Suivant les recherches rigoureuses de M. Lartigue, l'angine de poitrine, qui, selon les autres auteurs, aurait son maximum de fréquence à l'époque de la vie comprise entre quarante et cinquante ans, ne se montre pas dans l'enfance, est très rare avant vingt-cinq ans, puis augmente de fréquence jusqu'à cinquante ans, *devient très fréquente de cinquante à soixante*, et diminue ensuite notablement.

Sexe. Les hommes en sont plus fréquemment affectés que les femmes, et cela dans une proportion très considérable (: : 11 : 1).

L'*hérédité* a été admise d'après quelques faits qui, ainsi que le fait remarquer M. Lartigue, ne sont pas parfaitement concluants.

Professions. Les professions manuelles prédisposent moins à l'angine de poitrine que les autres. M. Lartigue a constaté que, parmi les faits connus, il y en a une proportion considérable qui ont été observés chez les prêtres. Suivant le docteur Carron, cette affection se montre plus fréquemment dans les villes que dans les campagnes.

Nous ne savons rien de précis sur l'influence de la *constitution* et du *tempérament.* L'affection est plus fréquente dans les *climats* froids et humides que dans les climats chauds.

On a regardé le *vice rhumatismal* et le *vice goutteux* comme une des causes prédisposantes les plus puissantes.

2° Causes occasionnelles.

Dans presque tous les cas, la première attaque s'est produite au moment où les sujets *marchaient contre le vent*, *montaient un escalier.* On l'a vue se manifester pendant l'*action de se raser;* après un *excès alcoolique*, un *accès de colère*, une *violence extérieure.*

Les causes déterminantes des accès suivants sont de la même nature; mais, à mesure que la maladie fait des progrès, il suffit d'une cause de plus en plus légère.

Ainsi on voit l'accès se produire au moindre *faux pas*, dans un *simple mouvement*, dans les *efforts de toux*, dans l'*acte de la défécation*, dans le *coït*, etc.

§ III. — Symptômes.

D'après ce qui vient d'être dit, le *début* est presque toujours brusque. Les malades sont le plus souvent atteints de leur premier accès au milieu d'une très bonne santé, ou s'ils éprouvaient les symptômes d'une maladie antérieure, ces symptômes ne s'étaient nullement aggravés peu de jours avant l'invasion de l'angine de poitrine.

La *douleur* est le symptôme capital de cette maladie. Elle marque le début de l'attaque. Rarement son apparition est précédée d'un malaise général, d'une inquiétude plus ou moins grande, d'un bouillonnement vers l'hypochondre gauche.

Cette douleur se fait sentir derrière le sternum, à sa partie inférieure, au niveau de la région précordiale, et c'est là que les malades la ressentent tout d'abord. Dans quelques cas cependant on l'a vue débuter dans le bras, dans le cou, surtout lorsqu'il existe une névralgie brachio-thoracique.

Suivant M. Lartigue, la douleur ne peut exister que du côté gauche ; et cet auteur, regardant l'angine de poitrine comme une névralgie des nerfs cardiaques, ne pouvait pas, en effet, admettre qu'il en fût autrement. Cependant Laënnec a cité un cas où la douleur poignante était à droite, et moi-même, à l'époque de la publication de mon *Traité des névralgies*, je signalai un cas dans lequel la douleur se faisait sentir dans le quatrième espace intercostal du côté droit. Malheureusement je ne suis pas entré dans de plus longs détails, et, n'ayant pas de notes, je ne pourrais plus aujourd'hui compléter cette observation. C'est une nouvelle preuve de la nécessité d'entrer dans tous les détails nécessaires quand on rapporte les faits.

Quoique le *siége* de la maladie soit un peu à gauche du sternum, elle ne laisse pas de se faire sentir du côté droit ; car, suivant Fothergill, elle se porte le long d'une ligne qui irait d'une mamelle à l'autre.

La douleur est poignante ; les malades éprouvent un sentiment de constriction ; quelques uns se plaignent d'une douleur pongitive ; ce qu'il faut surtout noter, car c'est un caractère général, c'est la violence extrême de cette douleur, qui est telle qu'au rapport des malades on ne peut pas en imaginer une plus grande.

Cette douleur peut rester fixée au sternum. Assez souvent elle s'étend au reste de la poitrine, au cou et au bras correspondant. Il résulte des recherches de M. Lartigue que, dans ces derniers points, la douleur est beaucoup moins vive, et ne consiste le plus souvent qu'en un sentiment de torpeur, d'engourdissement, en quelques picotements ou fourmillements, etc.

État des voies respiratoires. Il faut prendre garde, quand on examine les symptômes fournis par les voies respiratoires, d'attribuer à l'angine de poitrine ce qui n'est que le résultat d'une complication, ou bien, d'après M. Lartigue, ce qui appartient à une autre maladie. L'angine de poitrine peut survenir chez des personnes qui ont la respiration gênée par suite d'un emphysème, d'une affection du cœur, etc. ; mais la gêne de la respiration n'est pas un caractère essentiel de cette affection. Au moment où la douleur se manifeste, la respiration reste suspendue,

parce que les malades n'osent pas respirer ; et s'ils redoutent la suffocation, c'est qu'ils craignent la durée de cette angoisse dans laquelle ils n'osent pas faire un mouvement d'inspiration. Il en est, au contraire, quelques uns qui éprouvent le besoin de faire des inspirations profondes ; les cas de ce genre sont rares. Cependant il n'est pas douteux que, dans un certain nombre de cas, la respiration ne soit gênée, bien que les signes de l'angine de poitrine soient évidents, et que l'on ne trouve ni dans une lésion du poumon, ni dans une lésion du cœur la cause de la dyspnée. Suivant M. Lartigue, c'est qu'alors l'angine de poitrine s'est en quelque sorte compliquée, c'est que la névralgie a pris de l'extension, et qu'au lieu de rester bornée aux nerfs cardiaques, elle a gagné le pneumogastrique. On voudrait voir cette proposition, si importante dans la théorie que M. Lartigue défend après Laënnec, appuyée sur une analyse plus rigoureuse des faits. Il est à regretter que cet auteur ait envisagé les observations d'une manière trop générale, d'où résulte un certain vague dans la démonstration de son opinion. Ce qu'il y a de certain, c'est que, dans plusieurs des cas rapportés par les auteurs, à la douleur précordiale s'est jointe, dès les premiers temps de la maladie, une gêne considérable de la respiration. Quant aux cas où cette gêne est le symptôme dominant, où il y a actitation et où dès le principe les phénomènes durent longtemps, il faut reconnaître, avec l'auteur que je viens de citer, qu'il s'agit d'autre chose (1) que d'une angine de poitrine, et que si on les a pris pour tels, c'est que le diagnostic n'avait pas été établi sur des bases assez solides.

Relativement à la circulation, il faut distinguer, et sous ce point de vue plus que sous tout autre, les cas compliqués des cas non compliqués. Dans les cas non compliqués, le pouls est, pendant les accès de longue durée surtout, un peu fréquent, serré, mais sans irrégularité ni intermittences ; dans les cas compliqués de maladie du cœur, au contraire, le pouls présente tous les phénomènes pathologiques qui appartiennent aux affections de cet organe. C'est faute d'avoir tenu compte de cette distinction que beaucoup d'auteurs ont attribué l'angine de poitrine à une maladie du cœur ou des gros vaisseaux, tandis qu'un examen attentif ne peut pas, comme on le verra plus loin, faire admettre une pareille manière de voir.

Dans un certain nombre de cas, on a observé, surtout vers la fin de l'accès, des *éructations*. M. Lartigue (2) ne voit dans ce phénomène qu'un effet sympathique dû aux anastomoses des nerfs affectés avec les nerfs de l'estomac.

Enfin, chez un petit nombre de sujets, on a remarqué quelques troubles légers de la *sécrétion urinaire* et un peu de gêne dans la vessie ; mais ces symptômes ont peu d'importance.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La description précédente pourrait presque me dispenser de parler de la marche de la maladie. Le début est brusque, et, comme nous l'avons dit, l'intermittence est très tranchée, de telle sorte que dans les intervalles les malades paraissent jouir de la plus parfaite santé. A mesure que la maladie fait des progrès, les *accès*

(1) *Asthme nerveux, hystérie,* etc.
(2) *Loc. cit.*



se rapprochent et deviennent plus longs et plus pénibles, surtout quand les complications font elles-mêmes des progrès rapides. En pareil cas, c'est principalement après les repas que l'accès se reproduit. Dans les cas de guérison ou d'amélioration, il n'est pas rare, au contraire, de voir les accès s'éloigner et devenir moins intenses avant de disparaître complétement.

La *durée* de la maladie est très variable. Il résulte d'un tableau présenté par M. Lartigue que, dans les cas de mort, la durée varie de deux mois et demi à dix-sept ou dix-huit ans; mais les cas où cette durée est de deux à six ou sept ans sont les plus fréquents. Ajoutons toutefois que les nombres sur lesquels a été dressé ce tableau sont très peu considérables. Dans cinq cas terminés par la guérison, la maladie a duré de quelques mois à deux ans.

La mort est la *terminaison* qu'on observe le plus souvent dans l'angine de poitrine. Dans les cas simples, et dans ceux où la maladie est compliquée d'une affection organique du cœur ou des gros vaisseaux, la mort est assez souvent *subite* ou presque subite. Dans les autres, les malades succombent entre deux accès, après avoir présenté des symptômes graves. Dans un petit nombre de cas, on obtient une amélioration marquée qui permet aux malades de vivre encore longtemps, sans grande incommodité. Enfin, chez quelques sujets, on a constaté la guérison, et dans quelques uns des cas de ce genre on a signalé comme coïncidence remarquable l'apparition d'un *gonflement du testicule.*

§ V. — Lésions anatomiques.

De nombreuses lésions anatomiques ont été trouvées chez les sujets qui ont succombé à l'angine de poitrine. On a noté l'ossification des artères coronaires (Black, Parry, Kreysig), une lésion organique du cœur (hypertrophie, ossification, cartilaginification, etc.), des artères (ossific., cartilagin., inflammation); la stase du sang dans le cœur; le développement du foie; l'ossification des cartilages costaux: des épanchements dans le péricarde et les plèvres.

La variété et la multiplicité de ces lésions sont déjà de nature à nous faire douter de leur valeur. On en doute bien plus encore quand, en examinant les faits, on voit que beaucoup de cas dans lesquels ces lésions ont été trouvées n'étaient pas des angines de poitrine. Je citerai, par exemple, les observations de M. Corrigan (1), dans lesquelles on a constaté l'existence d'une aortite, mais dans lesquelles aussi l'existence de l'angine de poitrine est loin d'être évidente, comme je l'ai fait voir ailleurs (2). Ces doutes prennent plus de force encore lorsqu'on se rappelle le fait cité par M. Gintrac, et dans lequel l'angine a guéri, bien que l'affection de l'aorte, à laquelle on aurait pu la croire liée, ait persisté.

Enfin, et c'est là un argument péremptoire, on a vu des cas dans lesquels aucune des lésions qui viennent d'être indiquées n'ont été rencontrées.

Il résulte de tout cela que l'angine de poitrine est une névrose qui, par ses caractères, se rapproche des névralgies, et que, pour cette raison, plusieurs auteurs ont rangée parmi les *névralgies anomales.*

Maintenant, quel est le siége de cette affection? On est porté à le placer, avec

(1) *Arch. gén. de méd.*, 3ᵉ série, 1838, t. I, p. 71.
(2) *Même journal, même volume*, p. 81.

Laënnec et M. Lartigue, dans les *nerfs cardiaques ;* mais, pour que le fait fût hors de toute contestation, il serait nécessaire d'avoir une analyse de faits mieux observés, et rapportés avec plus de détails que le plus grand nombre de ceux que nous possédons. Parfois la maladie envahit, soit en même temps, soit successivement, le nerf pneumo-gastrique et les nerfs cervicaux et intercostaux ; il y a alors réunion de plusieurs affections nerveuses (névralgie anomale des nerfs cardiaques et pneumo-gastriques, et névralgie des nerfs cervico-brachiaux et dorso-intercostaux). Telle est la manière dont l'affection me paraît devoir être considérée dans l'état actuel de la science. Quant aux complications trouvées du côté du cœur et de l'aorte, elles peuvent être regardées comme des causes prédisposantes ou excitantes de la maladie, mais non comme essentiellement liées avec elle.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Nous avons vu, dans le cours de cet article, que de nombreuses erreurs de diagnostic ont été commises ; mais cela vient de ce que les caractères essentiels de l'angine de poitrine n'ont pas été toujours rigoureusement appréciés. Il fut surtout une époque où presque toutes les affections suffocantes étaient regardées comme des cas de cette affection. Ce fut peu de temps après l'apparition du mémoire de Heberden. Wichmann s'exprime en ces termes à ce sujet : « Aussitôt que quelqu'un se plaint d'une gêne, d'une constriction de la poitrine, ou d'une courte haleine, on désigne tout de suite l'angine de poitrine, et l'on écrit une observation sous ce nom. » Il est évident qu'avec une semblable préoccupation on devait fréquemment se tromper.

Mais qu'on se rappelle les caractères précédemment décrits, et l'on ne tombera plus dans de semblables erreurs. Qu'on n'oublie pas surtout que l'accès survient tout à coup, qu'il est caractérisé par une douleur poignante qui force le malade à s'arrêter et qui ensuite l'abandonne en un instant, et, en y réfléchissant, on verra qu'aucune autre affection ne ressemble parfaitement à celle-là. J'ai vu, il est vrai, la névralgie dorso-intescostale donner lieu à des phénomènes à peu près semblables ; mais, ainsi que le fait remarquer M. Lartigue, il n'y avait pas identité parfaite. Lorsque l'angine existe avec d'autres affections, le diagnostic demande un peu plus d'attention ; mais il n'est pas difficile de faire la part des deux maladies. La dyspnée pour l'*asthme nerveux*, les points douloureux pour les *névralgies thoraciques*, *cervico-brachiales*, n'empêchent pas l'angine de poitrine d'avoir ses caractères propres. Toutefois il serait nécessaire, pour que toute obscurité sur ce point fût dissipée, que de nouveaux faits fussent recueillis et étudiés avec toute la rigueur de l'observation moderne.

Pronostic. D'après ce que j'ai dit plus haut, le pronostic de l'angine de poitrine, envisagé d'une manière générale, est très grave. Il l'est un peu moins dans les cas d'angine purement nerveuse ou idiopathique que dans les cas compliqués d'une affection organique.

§ VII. — Traitement.

C'est surtout pour l'appréciation du traitement de l'angine de poitrine qu'il serait nécessaire d'avoir une analyse bien faite d'un nombre suffisant de faits bien

caractérisés, et malheureusement le peu de précision du diagnostic, dans beaucoup de cas, s'oppose à ce qu'on puisse encore tracer avec précision les règles à suivre dans cette médication.

Émissions sanguines. Plusieurs auteurs ont préconisé les émissions sanguines; mais, ainsi que le fait remarquer M. Lartigue, tout porte à croire qu'on aurait tort d'y avoir recours dans les cas d'angine purement nerveuse, soit pendant l'accès, soit dans l'intervalle. Dans les cas compliqués, on peut, au contraire, être autorisé à les employer; c'est au médecin à juger de leur opportunité.

Narcotiques. Les narcotiques ont de très bons effets dans presque tous les cas. Aussi sont-ils très vivement recommandés. L'*opium* est fréquemment mis en usage; il faut l'administrer à doses croissantes.

Le docteur Batten (1) recommande spécialement la *belladone*. La *jusquiame*, la *poudre de Dower* (Jurine), l'*eau distillée de laurier-cerise* (Pitschaft), sont données dans le même but, et l'on a cité des cas où l'on a obtenu une amélioration marquée par l'emploi des *sels de morphine par la méthode endermique*. Schlesinger (2) associait l'extrait de *laitue vireuse* à la digitale, de la manière suivante :

℞ Extrait de laitue vireuse. 0,10 gram. | Extrait de digitale....... 0,03 gram.

A prendre toutes les deux heures, lorsqu'on a lieu de redouter l'apparition de l'accès, ou lorsqu'il s'est produit.

Antispasmodiques. La liste des antispasmodiques administrés contre l'angine de poitrine est très longue. Wichmann et Jurine recommandent la poudre de *valériane;* Perkins donnait le *sulfate de zinc* uni à l'opium, ainsi qu'il suit :

℞ Sulfate de zinc......... 0,05 gram. | Opium. .... 0,02 gram.

Prendre cette dose matin et soir.

Viennent ensuite le *musc* (Récamier), l'*assa fœtida*, le *castoreum*, le *camphre*, l'*acide hydrocyanique*, etc.

Toniques, antipériodiques, ferrugineux. Je me contente d'indiquer ces moyens, qui ne doivent pas être prescrits dans les cas d'angine de poitrine compliquée d'une maladie organique du cœur. On prescrit le *quinquina*, le *sulfate de quinine*, le *carbonate*, le *sulfate de fer*, etc.

Excitants. C'est surtout pendant l'accès qu'on a recours à ces médicaments. C'est ainsi que Heberden (3) donnait, pendant l'accès, des *liqueurs spiritueuses*, du *vin*. On a encore prescrit l'*ammoniaque*, l'*eau de mélisse*, de *menthe*, l'*éther*.

Vomitifs. Les vomitifs, et surtout l'*émétique*, sont recommandés par plusieurs auteurs, et en particulier par Parry, dans les accès violents ; mais il y a lieu de croire que, dans les cas où ils ont eu un succès notable, il s'agissait principalement d'accès d'asthme accompagnés de douleur thoracique.

Nitrate d'argent. Le nitrate d'argent a été d'abord employé par Cappe. Plus tard, les docteurs Harder et Zipp (4) ont eu recours à ce moyen ; mais on ne peut

(1) *The Lancet*, juin 1834.
(2) *Hufeland's Journ.*, 1819.
(3) *Loc. cit.*
(4) Voy. *Vermischt. Abhand.*, etc. Pétersbourg, 1830.

avec le peu de faits que nous connaissons, se prononcer sur son efficacité, tandis qu'on connaît ses inconvénients ; c'est pourquoi je n'y insiste pas.

La *solution arsenicale de Fowler* est recommandée par Alexander et le docteur Harless. Le premier l'administrait à la dose de 6 gouttes, trois fois par jour, dans une potion cordiale. On peut faire, au sujet de ce médicament, les mêmes remarques que pour le précédent.

Enfin, je signalerai les *sudorifiques*, administrés par ceux qui regardent la maladie comme étant de nature rhumatismale.

A l'*extérieur*, on a appliqué des *vésicatoires*, des *cautères*, des *moxas*, sur les points douloureux de la poitrine. On a fait pratiquer des frictions avec un *liniment ammoniacal*, avec la *pommade d'Autenrieth*, etc. Dans les cas où l'on a réussi, s'agissait-il réellement de l'angine de poitrine ou d'une névralgie thoracique ? C'est ce qu'il est difficile de déterminer. Toujours est-il que, lorsque la névralgie thoracique existe, soit à titre de complication, soit autrement, ces moyens peuvent être utiles.

Le docteur Hannon (1) vit un succès durant depuis 5 heures s'arrêter immédiatement après l'application d'un *cataplasme très chaud sur la colonne vertébrale;* ce moyen, employé plus tard chez le même malade à plusieurs reprises, a constamment réussi. Mais encore, dans ce cas, s'agissait-il bien d'une angine de poitrine ? La longue durée de l'accès fait penser le contraire.

Dans un cas où les accès revenaient régulièrement cinq ou six fois par jour, après avoir pratiqué sans succès aucun onze saignées, M. Belleti (2) fit prendre le *sulfate de quinine* à la dose de 30 centigrammes par jour, l'amélioration fut des plus marquées ; les accès disparurent. N'était-ce pas une névralgie intermittente ?

M. le docteur Carrière (3) cite un cas remarquable de guérison par l'emploi du *chloroforme :* quelques inspirations de l'agent anesthésique arrêtaient immédiatement les accès ; ensuite ceux-ci devinrent plus rares et finirent par disparaître complétement. Ajoutons, néanmoins, que le malade prenait chaque jour une infusion de valériane en lavements et en boissons et 12 des pilules suivantes :

℞ Valérianate de zinc......	0,60 gram.	Poudre de ciguë.........	0,75 gram.
Extrait de belladone.....	0,30 gram.	Extrait de valériane....	3 gram.

F. s. a. trente pilules.

M. Lebreton (4) obtint, dans un cas, une amélioration évidente par l'emploi de l'*aimant*. Laënnec (5) dit avoir réussi souvent à diminuer les douleurs, en faisant appliquer deux plaques d'acier fortement aimantées, d'une ligne d'épaisseur, l'une sur la région pectorale gauche, et l'autre sur la partie opposée du dos, de manière que les pôles fussent opposés. Si le soulagement était peu marqué, il faisait appliquer un petit vésicatoire sous la plaque antérieure.

Les *bains froids* ou *tièdes* sont d'un usage fréquent. Morgagni conseillait l'immersion du bras douloureux dans l'eau chaude, avant ou pendant l'accès.

(1) *Presse méd. belge*, 1850 et *Bull. gén. de thér.*, 28 février 1850.
(2) *Bolet. delle scienze, med. di Bologna*, et *Bull. gén. de thér.*, 30 janvier 1852.
(3) *Bull. gen. de thér.*, 30 août 1852.
(4) Voy. *Dictionnaire de médecine*, 2ᵉ édit., art. ANGINE DE POITRINE.
(5) *Traité de l'auscultation médiate*, t. II.

Des *cautères* aux membres inférieurs ont un avantage marqué, suivant Darwin, Pinel et M. Bricheteau.

Enfin, si l'on a quelque raison de penser qu'il existe une *métastase goutteuse*, on doit, comme la plupart des auteurs, et, dans ces derniers temps, M. Lartigue, chercher à rappeler la maladie dans son siége habituel. M. Lartigue conseille, dans ce but, le cataplasme de Pradier, qui est ainsi composé :

℞ Baume de la Mecque.......	20 gram.	Salsepareille..........	àà 30 gram.
Safran en poudre.........	15 gram.	Quinquina rouge.......	
Sauge..................	30 gram.		

Dissolvez le baume dans le tiers de l'alcool; faites macérer les autres substances dans le reste du véhicule pendant quatre ou cinq jours; réunissez les liqueurs, et filtrez.

℞ De cette teinture..........	2 parties.	Farine de graine de lin.......	Q. s.
Eau de chaux............	4 parties.		

Appliquez ce cataplasme chaud; enveloppez-le de flanelle et de taffetas gommé. Changez-le toutes les douze heures.

Ce qu'il faut répéter, c'est que les bases de ce traitement ne sont pas solidement établies sur les faits ; que de nouvelles recherches sont nécessaires, et qu'avant de les avoir, on ne peut accorder qu'une confiance limitée à des moyens d'un effet peu constant et d'une efficacité nécessairement très incertaine, puisque, dans l'immense majorité des cas, ils n'empêchent nullement la maladie de faire des progrès.

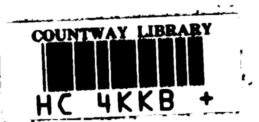
Soins hygiéniques. C'est donc aux moyens fournis par l'hygiène qu'il faut surtout avoir recours. On conseillera aux malades le calme, un exercice passif au grand air, un régime sévère, des repas peu copieux, l'usage exclusif de l'eau pour boisson, la précaution de tenir le ventre libre, de se couvrir de flanelle, d'éviter le froid et l'humidité, ainsi que la marche rapide, surtout sur un terrain montant et raboteux, et contre le vent. Enfin les *bains de mer*, les *bains de rivière*, les *affusions froides* seront recommandés, car on a cité un bon nombre de cas où ils ont réussi à atténuer le mal.

FIN DU TOME QUATRIÈME.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE QUATRIÈME VOLUME.

FIN DE LA TABLE DU QUATRIÈME VOLUME.


COUNTWAY LIBRARY
HC 4KKB +

